

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1925-1926. — N° 15

L'ILÉUS MÉCANIQUE

APRÈS APPENDICECTOMIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 4 Décembre 1925

PAR

Marie-Joseph-Pierre-Jean-Jacques FOUGERAT

EXTERNE DES HÔPITAUX

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à BARBEZIEUX (Charente), le 3 janvier 1901.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur...	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur	{ <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé.....	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIERE, 17

1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1925-1926. — N° 15

L'ILÉUS MÉCANIQUE

APRÈS APPENDICECTOMIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 4 Décembre 1925

PAR

Marie-Joseph-Pierre-Jean-Jacques FOUGERAT

EXTERNE DES HÔPITAUX

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à BARBEZIEUX (Charente), le 3 janvier 1901.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur...	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur	} <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé.....	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIERE, 17

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON, MOURE.

PROFESSEURS

MM.		MM.	
Clinique médicale	VERGER.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAËT.	Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CRUCHET.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DENIGES.
Anatomie	PICQUÉ.	Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	W. DUBREUILH.
Hygiène	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et-clin. d'électricité médicale	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	N.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Botanique et matière médicale	BEHLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMEN.	Médecine générale.....	MICHELEAU
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	JEANNENEY
id.....	N.	id.....	N. *
Physique biologique et médicale.....	N.	id.....	N.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	CREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	ANDÉRODIAS.
Médecine opératoire	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements	PERY.	Chimie pharmaceutique	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Chimie minérale	GOLSE.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. N.

Pathologie externe (4^e année) et petite chirurgie..... CHARRIER.

Pathologie externe (3^e année) et petite chirurgie..... LOUBAT.

Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PÈRE — A MA MÈRE

Puissent ils trouver ici la récompense
de tout ce qu'ils ont fait pour moi et le
témoignage de mon amour filial et de ma
profonde gratitude.

A MA GRAND'MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

LE MÉDECIN-MAJOR DE 1^{re} CLASSE RIOBLANC

*Chirurgien des Hôpitaux militaires,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Médecin-chef de l'Hôpital militaire de Bizerte.*

MORT EN SERVICE COMMANDÉ LE 26 JUIN 1906

A MON MEILLEUR CAMARADE

L'ASPIRANT LÉO GUILLARD

TUÉ POUR LA FRANCE EN 1918

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLEMY

*Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF FOURGOUS

*Sous-directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DE LA MARINE

A MES CAMARADES

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT (1919-1925)

MONSIEUR LE DOCTEUR MONPROFIT (*in memoriam*)

ANGERS (1918-1920)

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

STAGE (1921-1922)

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VENOT (*in memoriam*)

(1922-1923)

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. SABRAZÈS

*Professeur d'Anatomie pathologique et de microscopie clinique
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin-chef du service des contagieux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

(1923)

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. CARLES

*Professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Chargé du Cours de Thérapeutique et Pharmacologie,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de l'Instruction publique.*

(1923)

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE RIVIÈRE

*Professeur de Clinique d'accouchements à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

(1925)

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CHAVANNAZ

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine
et de la Société de Chirurgie de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la médaille interalliée et de la médaille de la Victoire,
Officier de l'Instruction publique.*

En hommage de ma reconnaissance infinie
pour tout ce qu'il a fait pour ma formation
chirurgicale durant l'année d'externat que
j'ai passée dans son service.

L'ILÉUS MÉCANIQUE

APRÈS APPENDICECTOMIE

CHAPITRE PREMIER

Historique. Statistique.

« A la suite des laparotomies, on observe parfois des occlusions intestinales que l'on dit postopératoires parce qu'elles se développent à la suite et sous l'influence de l'opération primitive. On les voit rarement, mais de temps en temps cette complication échappant à toute prévision vient frapper au hasard un malade à qui la simplicité d'une opération semblait devoir assurer une guérison facile. Elle s'installe sournoisement, ses premières manifestations sont masquées sous des apparences d'autant plus trompeuses que l'opération ne remonte qu'à quelques heures ; on hésite, on n'y veut pas croire, et la marche des accidents est quelquefois si rapide que c'est tout au plus si on a le temps d'en arrêter l'évolution par une intervention souvent insuffisante et trop tardive. »

C'est en ces termes que Legueu s'exprimait dès 1895 ; la chirurgie abdominale était née depuis peu de temps et déjà certains de ses inconvénients étaient apparus. De la vieille

typhlite et pérityphlite Mac Burney venait d'isoler l'appendicite comme entité morbide. A sa suite, et aidé des conseils de Talamon, on s'était mis à pratiquer l'appendicectomie; on avait eu des résultats inespérés, mais cette opération, si bénigne souvent, voyait parfois, dans les jours qui suivaient, sa convalescence brusquement arrêtée par une complication grave : douleurs brutales, paroxystiques dans l'abdomen, hoquet, vomissements fécaloïdes, arrêt des gaz et des matières, puis mort rapide dans le collapsus et l'adynamie sans qu'aucune médication en puisse arrêter la marche : en un mot, tous les symptômes de la « colique de miserere » (*id est*) l'occlusion intestinale. Cela surprit au début, on eut des morts à déplorer, mais les trouvailles d'autopsie montrèrent bien vite la cause du mal et par là même sa thérapeutique.

Vite cette complication grave fut signalée par les auteurs; après Leguen, Tuffier la signale au Congrès de chirurgie de 1896, puis les thèses de Granboulan (Paris, 1896), Kouindjy, Gordon (Paris, 1898) et de Coittier (Paris, 1899) en mentionnent quelques cas.

Marion, dans la *Gazette des hôpitaux*, en 1900, s'occupe de la question.

Broca, dans ses remarquables *Leçons cliniques*, en 1902, lui consacre un chapitre à la suite de trois cas qu'il a pu observer. « Il est actuellement connu de tout le monde, écrit-il, qu'une péritonite antérieure est, par les brides qu'elle laisse parfois après elle dans la cavité péritonéale, une des causes habituelles de l'occlusion intestinale aiguë. Personne n'a donc été surpris quand on a constaté qu'il n'était pas rare de voir l'occlusion survenir chez des malades ayant souffert récemment ou autrefois d'une appendicite aiguë ou chronique, opérée ou non opérée. » L'année suivante, Tavel, dans son Rapport au XVI^e Congrès de chirurgie, en 1903, rapporte trois observations de péri-colite cicatricielle postopératoire chez trois de ses opérés d'appendicite chronique.

Vuilliet, dans la *Semaine médicale*, en 1906, rapporte deux cas. A ce moment, les thèses de Folliot, Grouew, Arné, Cour-

rieras, Cauzillet disent quelques mots sur ces occlusions mécaniques postopératoires (1903-1908).

C'est Forber Hawkes qui, en 1909, dans les *Annals of Surgery*, s'occupe le premier des moyens à prendre pour éviter cette complication.

De leur côté, les Allemands n'ignorent point la question, et Rüge, en 1911, dans *Archiv für Klinische Chirurgie*, étudie cette complication et nous donne, en additionnant les cas de Körte et Nordmann, la première statistique : il relève 24 cas d'occlusions mécaniques après appendicectomie sur 2.700 opérés, soit un peu plus de 1 p. 100.

Se basant sur le travail de Rüge, le commentant et le traduisant en quelque sorte, Lenormant, quelque temps après, en 1911, publie une étude dans la *Presse médicale* avec 1 cas personnel à l'appui.

Peu avant la guerre, Bérard et Vignard (de Lyon) font paraître leur remarquable ouvrage sur l'appendicite, dans lequel ils consacrent un chapitre aux occlusions postopératoires et en font une classification. Ils publient même une statistique des agents d'occlusion qu'ils ont relevés sur 63 cas d'iléus postappendiculaires tirés des auteurs allemands : Körte, Rüge, Rotter, Federmann.

Aussitôt la guerre, en 1919, dans *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, l'Américain Harrigan fait une étude complète de la question et insiste surtout sur la prophylaxie et le traitement.

Il est bon, pour ne pas changer de pays, de signaler quelques statistiques américaines.

Mc. Williams, *Annals of Surgery*, 1910, sur 687 cas d'appendicite aiguë signale 18 cas de réopération pour iléus mécanique ou paralytique avec 14 morts.

Beckmann, en 1917, dans *American Journal of Medical Sciences*, sur 500 cas d'appendicite signale 34 morts, dont 2 par iléus.

Mc. Glennan, dans *Journal American medical Association*, sur 276 cas d'occlusion intestinale en signale 63 postopératoires, dont 16 après appendicectomie avec 9 morts.

Enfin Mc Neill Love, chirurgien anglais, sur 1.500 cas qu'il a observés à « London's Hospital », de 1919 à 1922, signale 17 cas d'iléus avec 10 morts.

On voit d'après ces chiffres que le pourcentage de fréquence se maintient entre 1 p. 100 et 1,3 p. 100, mais que la mortalité est élevée.

Toutes ces statistiques sont relevées dans un article que fit paraître, en 1924, le chirurgien anglais H. Rayner (de Manchester, dans *British medical Journal*. Sur 126 opérations consécutives d'appendicite en 1921, il a eu 3 iléus postopératoires, tous trois opérés, tous trois suivis de guérison.

De notre côté, en France, la question fut reprise par Dupont, en 1921, qui en cite 1 cas dans *Paris chirurgical*; lui-même, sur 19 cas d'occlusions postopératoires, eut 12 guérisons et 7 morts. Il passe aussi en revue quelques statistiques d'auteurs étrangers.

Sur 120 cas d'appendicite aiguë, Wakely signale 2 cas d'occlusion.

Burgess sur 300 cas, Boliarsky sur 405 : 0.

Beckmann, Smith et Everingham : 0.

Par contre, dit-il, Lenormant, additionnant les cas de Körte et de Rotter, trouve 33 cas d'occlusion précoce avec 27 morts.

En 1922, Guillaume fait paraître un excellent ouvrage : *Les occlusions intestinales*, dans lequel il effleure la question.

Cette même année, on peut citer la thèse de Flandrin, Paris, 1922 (*Complications et séquelles de l'appendicectomie*).

La question revient à l'ordre du jour plus forte que jamais durant l'année 1924; à ce moment, plusieurs séances de la Société nationale de chirurgie en sont l'écho et, tour à tour, Auvray, Mathieu, Oudard, Stültz, Roux-Berger, Savariaud, Sauvé sont venus apporter de nouveaux faits, discuter le traitement et essayer d'établir une prophylaxie.

En même temps paraît la thèse de Foucault (Paris, 1924) : *Occlusions intestinales et coutures iléales*, qui fait mention de cette complication postopératoire.

Enfin, pour cette année 1925, en janvier, nous voyons une discussion, au sujet de l'iléus après appendicectomie à froid, avoir lieu à la Société des Chirurgiens de Paris, où tour à tour Léo, Huguier et leurs collègues préconisent divers traitements prophylactiques et où l'épiploon, ce gardien du square péritonéal, est traité de bienfaiteur, ou, au contraire, d'« auteur de tous ces maux ».

Tels sont, à l'heure actuelle, les travaux les plus importants que nous avons pu réunir sur la question. Si, par cas, certains auteurs ont été oubliés, qu'ils veuillent bien nous pardonner. Dans le courant de ce travail, les idées de ces maîtres nous seront guides, qu'ils trouvent ici nos remerciements.

Mais il reste bien entendu que nous allons nous borner dans ce travail aux seules occlusions postopératoires mécaniques. Nous laisserons de côté les iléus paralytiques, conséquence de la fameuse loi de Stokes : paralysie de la musculature sous-jacente à toute séreuse enflammée ; iléus paralytiques qui sont de beaucoup les plus fréquents.

Parcourant avec soin la littérature médicale, nous avons réussi à recueillir 60 observations, dont 1 personnelle due à l'obligeance de M. le professeur Chavannaz, l'instigateur de ce travail.

Nous allons les passer en revue et tâcher de déduire :

les causes ;

les symptômes et formes cliniques ;

le diagnostic ;

et le traitement de cette complication de l'appendicectomie, complication que nous essaierons d'asseoir sur des bases solides, afin de bien prouver qu'elle existe et que tout chirurgien doit s'en méfier, alors même que l'opération s'est passée pour le mieux ; complication que l'on doit connaître afin d'en faire vite le diagnostic, diagnostic précis et précoce d'où doit toujours découler une laparotomie rapide, seule chance de salut pour le malade.

Heureusement cette grave, très grave complication est fort rare ; la moyenne de 1 p. 100 que nous relevons dans les statis-

tiques de Körte, Nordmann et des chirurgiens américains est trop élevée à notre avis. Ceci tient peut-être à la loi des séries, inévitable en clinique. Que l'on songe au nombre considérable d'appendicites opérées dans le monde et au faible nombre d'observations d'iléus postopératoires publiées dans la littérature médicale de l'univers entier !

CHAPITRE II

Observations.

OBSERVATION I (résumée).

In Thèse GRANBOULLAN.

M... (René), 30 ans, mégissier. Opéré d'appendicite le 16 mars 1895.

Le cæcum présente de nombreuses traces d'inflammation. Appendice difficile à trouver. Enfin on y arrive; l'appendice était logé sur la face postéro-interne du cæcum auquel il était intimement uni; de là, il abandonnait le cæcum et se dirigeait vers le grêle. On incise le péritoine tout autour, on enlève l'appendice au thermo.

Le soir, péritonisme. T. 35°5.

Le lendemain, signes de péritonisme : facies abdominal, vomissements porracés, hoquet fréquent, douleur horrible dans tout l'abdomen; le malade est en chien de fusil; pas de météorisme. T. 38°5, 39 degrés.

Le même jour, réopération; par la même incision, on trouve le péritoine un peu enflammé. On draine la cavité avec gaze iodoformée. Suite T. B. Pour Schwartz (opérateur), étranglement par torsion d'une anse que la seconde opération aurait remis en place sans qu'il s'en soit aperçu.

OBSERVATION II (résumée).

In Thèse KOUNDJY.

P... (Amélie), 23 ans. 4 juin 1896 : Appendicectomie. On trouve le cæcum sans adhérences, très sain et libre dans la fosse iliaque. On trouve facilement l'appendice, long, non adhérent. Ablation de l'ap-

pendice, on fait le moignon suivant l'usage, on referme l'abdomen plan par plan.

A la suite, légères crises d'occlusion, léger ballonnement du ventre avec nausées.

15 janvier 1898 : La malade revient à l'hôpital. Fortes douleurs dans la fosse iliaque droite ; on sent par la palpation une sorte de boyau vertical et induré, siège de la douleur spontanée. Douleur exagérée à la pression.

Étant sûr que ce n'est pas l'appendice enlevé, on réopère la malade le 15 janvier 1898 pour voir la cause de cette occlusion.

On incise sur l'ancienne incision de l'appendicectomie, on arrive sur le cæcum entouré par des adhérences et fortement atteint à la paroi abdominale au voisinage de l'ancienne plaie. L'induration verticale qu'on a sentie avant l'intervention par la palpation était formée par la bandelette antérieure des fibres musculaires longitudinales de l'intestin, tendue comme une corde et fixée en bas par des adhérences.

On libère facilement le cæcum qu'on abandonne dans l'abdomen.

On fait ensuite l'opération en s'assurant que le moignon appendiculaire est bien cicatrisé. Bonnes suites opératoires, constipation rebelle.

OBSERVATION III (résumée).

In Thèse COITIER.

**Appendicite opérée par M. Blum. Étranglement intestinal par bride.
Laparotomie par M. Broca. Mort.**

J... (Pierre), 10 ans, entre salle Legendre le 23 février 1899. A été opéré d'une appendicite par M. Blum, le 25 juillet 1898. Subitement l'enfant s'est plaint de coliques violentes le 19 février au soir. Coliques par crise. Vomissements alimentaires, bilieux, puis fécaloïdes. Constipation absolue depuis le 19. Pas de gaz par l'anus. Peu de fièvre, 38 degrés. Amené à Trousseau le 23 février. Contractions intestinales violentes. L'enfant a été traité par des purgatifs salins, des lavements sans résultat. Facies très grippé, terreux. Abdomen distendu, météorisé.

Intervention immédiate le 23 février. Incision médiane, 20 centimètres. On arrive sur l'épiploon derrière la paroi. Introduction de la main vers la fosse iliaque droite, où on sent la jonction entre les parties distendues et affaissées de l'intestin; on amène le tout au dehors sur des compresses, bride serrant l'iléon terminal, section entre deux ligatures. Réduction. Mort le 23 au soir.

OBSERVATION IV (résumée).

BROCA, *in* Thèse COITTIER.

Appendicite opérée à froid. Occlusion intestinale. Mort.

G... (Léon), 13 ans. Appendicectomie le 13 décembre 1897. Appendice épaissi augmenté de volume, rouge, non perforé. Suture à la soie. Fistule stercorale consécutive se fermant au bout d'un mois.

Le 1^{er} juillet 1898, revient dans le service; deux jours avant, vives douleurs dans le ventre, pas de gaz par l'anus depuis. Lavement sans résultat. A l'entrée, vomissements bilieux, noirâtres, ventre peu douloureux, assez souple, pas de douleurs localisées, submatité dans fosse iliaque droite, facies grippé.

Opération : Pensant à une récurrence, on fait une première incision un peu au-dessous de l'ancienne; un peu de sérosité dans le péritoine, mais cæcum sain; deuxième incision médiane qui permet de trouver dans la fosse iliaque droite par la palpation (l'intestin n'est pas dévidé) une anse intestinale figurant un V dont les deux branches sont accolées à leurs extrémités par une double bride qui est sectionnée. Suture de la paroi. Sérum.

Suites: Le cours des matières et des gaz ne se rétablit pas; vomissements fécaloïdes, mort le 2 juillet.

Autopsie : Pas d'autre étranglement, mais derrière le côlon descendant et le cæcum un paquet d'anses grêles agglutinées entre elles, l'intestin grêle est même soudé au côlon. Au niveau du cæcum, surface de section de l'appendice absolument intacte.

OBSERVATION V

BROCA, in *Leçons cliniques*, 1902.

Docteur en médecine, 31 ans. Opéré d'appendicite il y a quatorze ans. A la suite, coliques suivies de diarrhée.

Le 7 juillet 1900, pris de douleurs atroces à l'ombilic dans la rue. Le lendemain, vomissements, arrêt des matières et des gaz.

Incision médiane sous-ombilicale. Section de deux brides entre ligatures. Libération d'adhérences. Guérison.

OBSERVATION VI

MARION, in Thèse GROUEW.

Garçon de café, 22 ans. Atteint, le 1^{er} mai 1900, d'appendicite grave.

Opéré le 5 mai; on constate de la péritonite généralisée appendiculaire, mais sans adhérences des anses rouges et distendues; on enlève l'appendice enflammé et perforé et on draine le liquide louche assez abondant situé dans la région. Dans la suite, le malade va mieux, rend des gaz dès le deuxième jour, mais pas de matières.

Ni les purges, ni les lavements n'en amenèrent l'évacuation. Aussi devant la persistance de cet arrêt des matières, l'état du malade s'aggravant depuis le 13 mai, on se décide à voir par l'incision de la première opération quelle pouvait être la cause de l'occlusion.

On trouve les anses accolées les unes aux autres, coudées, comprimées, sans espoir de libération possible. Une ouverture est faite sur le cæcum et une autre sur l'intestin grêle qui se vident sans que le reste de l'intestin soit évacué. Le malade meurt dans la soirée et l'autopsie montre toutes les anses ne faisant qu'une masse, adhérentes également aux parois abdominales en plusieurs endroits.

OBSERVATION VII (résumée).

MARION, *in* thèse GAUDIN.

Femme 24 ans. Appendicectomie le 30 mars. Va mieux après l'intervention, mais le 10 avril, reprise de fièvre, douleurs et vomissements.

Son état devenu très grave le 11, on fait une incision du cul-de-sac postérieur. Issue abondante de pus.

La malade s'améliore et les symptômes de péritonite disparaissent ; le 14, rend des gaz spontanément et des matières après lavement.

A partir de ce jour, malgré purges et lavements, elle n'a plus une seule évacuation. Devant cette obstruction, nouvelle laparotomie.

On tombe sur un paquet d'anses grêles agglutinées entre elles, friables, impossibles à séparer. On pratique au hasard un anus contre nature. Mort.

Autopsie : On trouve des adhérences absolument généralisées reliant toutes les anses entre elles.

OBSERVATION VIII (résumée).

MARION, *in* thèse FOLLIOU.

H..., 18 ans. Entre, le 19 septembre 1900, à l'Hôpital Broussais pour une constipation absolue et rebelle ayant débuté douze jours avant son entrée.

Le malade avait été opéré en juillet dernier d'appendicite. Son état fait penser à une occlusion intestinale. Depuis quatre jours, vomissements alimentaires, bientôt fécaloïdes, et violentes douleurs. T. 37°4. Facies péritonéal. Ventre ballonné. Pouls, 148.

Submatité dans les flancs. Cicatrice de l'appendicectomie, très bien.

Le 20, laparotomie médiane. Pas de traces de liquide. Anses intestinales rouges, très distendues. Avant d'arriver au cæcum, l'intestin grêle reprenait un calibre normal. Entre les deux portions distendue et aplatie existait une masse formée d'amas d'anses repliées et collées

contre la fosse iliaque droite. Entre ces anses, un peu de pus. Les anses sont dégagées. Cæcum libre ; à sa partie interne, épaissement ; trace de la résection de l'appendice. Drainage et fermeture partielle de l'abdomen.

Le malade alla à la selle le soir même de l'opération. Il vomit encore durant quelques jours en même temps que le drain abdominal donnait issue à une quantité notable de pus. L'amélioration fut cependant rapide. Sort guéri le 10 octobre.

OBSERVATION IX (résumée).

MORDRET, *Archives médicales*, Angers, juillet 1902.

M^{lle} M... G..., 18 ans. Avait été atteinte d'appendicite en juillet 1900 et opérée le 27 au Mans par M. Mordret fils.

État de santé idéal durant dix-huit mois.

12 mars 1902 : Légère indisposition dans la matinée. La malade déjeune, puis est obligée de se mettre au lit. Dans l'après-midi, violentes douleurs généralisées dans l'abdomen. A partir de ce jour, cessation complète de gaz et de matières. Tous les symptômes de l'iléus s'installent.

Intervention le 16. Chloro-éther. Un liquide séreux s'échappe dès l'ouverture du péritoine. Les anses intestinales apparaissent très fortement congestionnées.

On dévide rapidement l'intestin grêle et on ne tarde pas à sentir un obstacle du côté de la fosse iliaque droite. Il s'agit d'une masse intestinale contenant environ 30 centimètres d'intestin ; elle bascule par-dessus une bride très résistante qui l'enserme contre la paroi antérieure du petit bassin. Au niveau de la bride, les deux anses intestinales sont tordues l'une sur l'autre et l'étranglement est extrêmement serré au point de rendre difficile l'introduction de la sonde cannelée pour sectionner la bride. Toute la partie comprise dans l'étranglement est de couleur lie de vin et au niveau du point de construction la paroi musculaire de l'intestin à nu. Sous l'influence de lavages à l'eau très chaude, la circulation reparait. On fait plusieurs points de sutures pour replier en dedans les parties les

plus malades de la paroi intestinale. Fermeture de l'abdomen. Glace sur le ventre. Injection de sérum, 300 grammes. Anesthésie bien supportée, mais pouls incomptable, filant. Mort le soir; le ventre n'est pas ballonné. Il n'a été rendu aucun gaz.

OBSERVATION X (résumée).

DELBET, Congrès de chirurgie, 1903.

Enfant, 12 ans. Une première crise d'appendicite à 6 ans. Opération refusée.

Six ans après, le 20 mars 1902, crise d'appendicite à forme gangréneuse.

Appendicectomie le 24 mars. On enlève un appendice congestionné, compris dans une gangue d'adhérences anciennes; à la suite, léger phlegmon de la paroi.

Le 9 mai, sans causes, l'enfant se met à vomir. Le 11, il ne peut rien prendre; ni gaz, ni matières par l'anus. Lavements à l'huile de ricin sans résultat. Le ventre se ballonne, vomissements fréquents. Hypothermie, 36.

Opération le 13 mai : Réouverture de la première incision, plus agrandie. On dégage le cæcum et les 10 derniers centimètres de l'iléon; je tombe en dedans de celui-ci sur une masse confuse. En décollant l'intestin de proche en proche, je me rends compte qu'il y a trois anses intestinales qui, montant et descendant verticalement, sont accolées en W dont les branches seraient en contact immédiat; le tout collé sur le détroit supérieur. Il existe là des adhérences fibreuses excessivement dures; je les dégage à grand'peine et finis par libérer 35 centimètres d'intestin. Pendant ces manœuvres, la musculuse est déchirée, mais la muqueuse est intacte. Dans la concavité d'un coude intestinal, je trouve de plus un abcès gros comme un œuf de pigeon, je l'évacue, je répare au surjet la muqueuse en trois points. Dans un quatrième point, il existe une dénudation de la muqueuse longue de 3 centimètres, comprenant les deux tiers de la circonférence de l'intestin; je ne puis l'oblitérer;

l'opération a duré une heure et demie; l'entérectomie serait mortelle. J'abandonne l'anse et draine.

Malade très bas; sérum, caféine; il rend des gaz le 14. Dans la suite, il eut de nouvelles crises d'occlusion, mais pas aiguës; il est évident que les anses, décollées à grand'peine, s'étaient à nouveau agglutinées.

Tout s'arrange peu à peu. Sort guéri en juillet.

N. B. — En somme, il y avait là deux lésions: des adhérences anciennes expliquant la dyspepsie chronique, un abcès qui avait provoqué l'occlusion.

OBSERVATION XI

VUILLIET, *Semaine médicale*, 24 octobre 1906.

H..., 36 ans. Deux crises d'appendicite en 1894 et 1902.

Appendicectomie à froid le 3 février 1903. Appendice coiffé d'épiploon. Technique très simple. Ligature au catgut.

L'opéré, en excellent état, reprend ses travaux de campagne sans ressentir aucune gêne; mais le 16 août, soit six mois environ après l'opération, pendant la nuit, il éprouve des douleurs très vives dans l'estomac et vomit à plusieurs reprises. Le 17, l'état est en apparence excellent; on ne note aucune douleur à la pression du ventre, il y a très peu de ballonnement, pas de douleurs spontanées, mais aucune évacuation. Dans la nuit du 17 au 18, les vomissements reprennent, fécaloïdes, avec douleurs violentes.

M. le docteur Duplay pose le diagnostic d'obstruction intestinale. Nous voyons le malade le 18 dans l'après-midi, trente-six heures après le début des accidents. L'état général est bon, l'abdomen légèrement ballonné, mais souple, la palpation n'y décèle rien de localisé; le patient se plaint de douleurs dans la région ombilicale. On ne voit ni n'entend de contractions intestinales exagérées, bien que le malade indique qu'à certains moments son ventre « brasse ». L'arrêt absolu des matières et des gaz, les vomissements, le ballonnement débutant ne laissent pas de doute sur le diagnostic. On l'opère *illico* : Incision médiane sous-ombilicale; épanchement

abondant séro-fibrineux dans l'abdomen. Quelques anses grêles hyperémiées viennent sortir par la plaie. En explorant avec la main la fosse iliaque droite, on constate en dedans du cæcum une anse grêle fixée à la fosse iliaque et coudée à angle aigu par une bride courte, résistante, qu'on est obligé de sectionner au bistouri. L'anse est amenée au dehors. Au niveau de la coudure et à côté du moignon de la bride se trouve une petite cicatrice déprimée de la séreuse, ressemblant à une cicatrice d'ancienne perforation. L'anse afférente très dilatée ne présente aucune altération grave; la bride la fixait sans l'étrangler.

Fermeture. Pendant huit jours, paresse intestinale Guérison.

OBSERVATION XII

Idem.

Femme, 46 ans. Opérée le 7 avril 1904 pour rétroflexion et annexite.

Au cours de l'opération : Appendicectomie.

La malade se rétablit parfaitement et pendant sept mois environ se porte bien. A la fin de novembre, le 29, elle mange des noix à l'excès et a une indigestion (vomissements, douleurs très vives dans l'abdomen, plus de selles ni de gaz); elle s'administre force purgatifs qui restent sans effet; l'état s'aggrave et nous la voyons le 2 décembre au soir. La langue est un peu sèche, le pouls à 110, bon. Les douleurs arrivent par crises; l'abdomen devient à ces moments-là douloureux, tendu à droite dans la fosse iliaque. La crise passée, le ventre est à peu près normal, souple. Pendant la crise, on voit et l'on sent très nettement une anse dilatée, tendue, qui traverse obliquement la moitié droite de l'abdomen s'enfonçant dans la fosse iliaque. On peut la palper encore, mais beaucoup moins nette une fois la crise passée; la douleur siège bien exactement un peu en dedans du cæcum. Le reste de l'abdomen est normal, parfaitement dépressible. Ces gargouillements intestinaux sont très violents par moments.

M. Gagnebin fait le diagnostic de coudure d'une anse intestinale dans le voisinage de feu l'appendice.

Opération *illico*. Incision médiane sous-ombilicale. Dans l'abdomen, on trouve du liquide citrin assez abondant. Plusieurs anses distendues, hyperémiées, font irruption. En soulevant la paroi, on constate que l'iléon, très fortement dilaté, est coudé à angle aigu, fixé par une bride à quelques millimètres de son abouchement dans le cæcum. Cette bride s'insère par son extrémité fixe au bord libre de l'intestin, elle s'étale en éventail et va se perdre vers la racine du mésentère; elle n'a aucune connexion avec les organes génitaux. On la sectionne aux ciseaux; l'anse coudée ne présente aucune altération importante. Suites normales.

OBSERVATION XIII (résumée).

LÈQUES, Hôpital militaire de Perpignan, in thèse GROUEW.

M..., soldat au 20^e R. I. C., 30 ans. Entre à l'Hôpital militaire de Perpignan le 18 février 1904.

Opéré le 12 août 1903 pour appendicite (à froid). Suites opératoires excellentes.

Dans la nuit du 17 au 18 février, pris de violentes coliques qui augmentent rapidement d'intensité. Le 18 au matin, quelques vomissements alimentaires, puis bilieux; facies non grippé, pouls régulier à 86, bien frappé; ventre souple et non ballonné; a rendu des gaz. Traitement médical les 18 et 19, Dans la nuit du 19 au 20, le malade est pris de hoquet.

Le 20 au matin, facies pâle, yeux cernés. Pouls, 111, faible. T. 37°3. La palpation détermine une douleur modérée su vie de contractions des muscles de la paroi et de l'intestin, accompagnée de vives souffrances et localisée en un point situé à deux travers de doigt de la ligne médiane. Rien au toucher rectal. Pas de gaz depuis la veille.

A 9 h. 1/2, vomissements bilieux avec douleurs vives, pouls petit et fréquent. Laparotomie médiane à 11 heures. Le cæcum, gris blanchâtre, adhère à la paroi surtout au voisinage de son abouchement avec l'intestin grêle. Celui-ci apparaît aussi aplati vers sa terminaison, et sa partie affaissée va bientôt se perdre au-dessous de plusieurs

anses enchevêtrées. En les soulevant pour les explorer, nous voyons que deux d'entre elles sont reliées par une très courte bride fibreuse en un point situé dans la profondeur vers la ligne médiane. Dans l'angle formé par ses deux anses et contre la bride se trouve, ensermée et écrasée, une troisième anse; pour la libérer, nous sommes obligé de mettre hors de l'abdomen toute la portion enchevêtrée; la bride est alors sectionnée d'un coup de ciseaux. Le segment compris entre le point où elle siégeait et le cæcum mesure environ 1^m50. La masse viscérale remise en place, nous constatons que le cæcum reste notablement gêné dans son expansion par suite de l'étendue de ses adhérences qui embrassent presque toute sa demi-circonférence antérieure et la tiennent fortement appliquée contre la paroi, surtout la région appendiculaire. Le cæcum est libéré aux ciseaux.

Une fois cette dissection laborieuse terminée, pour empêcher les deux surfaces légèrement cruentées de se ressouder, nous plaçons entre elles une compresse de gaze aseptique imbibée d'eau bouillie chaude, puis nous refermons.

Le lendemain, état général satisfaisant mais pas de selles ni de gaz. Le pansement est ouvert et la mèche enlevée.

Le 22, le malade rend des gaz. Dans la nuit, quatre selles. Guérison.

OBSERVATION XIV

FORBES HAWKES, *Annals of Surgery*.

E... W..., homme, 25 ans. Opéré pour appendicite chronique le 15 juin 1907. Un drain-cigarette est placé près du moignon. Après l'opération, le patient alla d'une manière exquise durant quelques jours; on avait partiellement retiré le drain. Il commença alors à vomir de temps en temps, puis les crises se rapprochèrent. Les intestins qui fonctionnaient bien au début s'oblitérèrent; finalement, le lavement « retourne clair ».

Pouls, 80 à 100. Température normale. Vomissements fécaloïdes au neuvième jour.

Je le vis alors pour la première fois, il paraissait anxieux; pouls à

100 bien frappé, température normale. Abdomen modérément distendu et un peu sensible; aucune masse perceptible. En auscultant l'abdomen avec un stéthoscope pendant plusieurs minutes, on ne perçoit que deux faibles gargouillements. Aucune onde péristaltique n'est vue; pas de matité dans les flancs. Rien au toucher rectal.

On fait le diagnostic d'obstruction mécanique intestinale.

Opération : Incision faite sur le côté interne de l'incision primitive à travers les fibres les plus externes du muscle grand droit. Pas de liquide dans le péritoine. Une anse grêle tordue fut trouvée adhérente sur le côté interne du cæcum à la place du drain. L'intestin au-dessus de l'obstruction était dilaté et aminci; au-dessous, il était contracté et aplati.

Pas d'autres adhérences dans le pelvis ou dans l'abdomen.

L'anse tordue fut libérée de son adhérence au cæcum; la surface d'adhérence était ovale, d'environ 1 à 1 pouce 1/2 de diamètre.

En quelques minutes, le couteau de l'intestin passa dans la portion aplatie qui reprit son volume normal. L'anse adhérente alla se remettre en place seule, en face de la dernière incision. Le drain-cigarette fut sorti de l'ancienne incision. Fermeture plan par plan de l'incision actuelle avec léger drainage du péritoine par une mèche de gaze.

Selle douze heures après. Guérison.

OBSERVATION XV

Idem.

H..., 20 ans. Opéré par un chirurgien, à New-York, le 22 juillet 1907, pour appendicite gangréneuse. L'incision abdominale a été faite sur le bord externe du grand droit. L'appendice fut trouvé derrière le cæcum, très adhérent. Extirpation difficile. Drainage. Bonnes suites opératoires, bon fonctionnement de l'intestin. Puis il commença à présenter des douleurs abdominales avec constipation et quelques vomissements. Le neuvième jour après l'opération, vomissements fécaloïdes; le lavement rectal revient clair. Pas de gaz. Même tableau clinique que dans l'observation précédente.

Incision sur le côté interne de l'incision première à travers les fibres du grand droit. Une anse grêle tordue et adhérente au cæcum à la place du drain; partie interne du cæcum avec surface d'adhérences irrégulières; distension et amincissement en amont, aplatissement en aval. Après dégagement, l'anse revient se placer d'elle-même sous l'incision seconde où elle évacua ensuite son contenu au vu et à l'ouïe de l'opérateur.

Suture abdominale plan par plan; une mèche de gaze faisant drain est laissée à travers la plaie.

Un lavement produisit une selle au bout de trois jours. Selles régulières à la suite. Guérison.

OBSERVATION XVI

JOHN B. DEEVER, Philadelphie, *Journal of Surgery*, juin 1909.

Appendicectomie à chaud. On trouve à l'opération un appendice enflammé qui descend dans la cavité pelvienne, entouré d'un peu de liquide louche.

Cinq jours après, signes évidents d'occlusion. Lavement sans résultat.

Seconde opération montrant l'angulation de l'iléon du côté droit du pelvis causé par une adhérence récente flexible.

OBSERVATION XVII

Idem.

Jeune garçon. Appendicectomie. Péritonite pelvienne avec pus. Gaze et tube de verre comme drainage. Pendant dix jours, suites normales.

Dans la matinée du dixième jour, le patient a une crampe abdominale et des nausées, avec impossibilité de rendre des gaz. Je le vis dans la soirée et ouvris le ventre où toutes les anses grêles agglutinées occupant le pelvis étaient la cause de l'occlusion. Les adhérences levées, la portion aplatie se distendit aussitôt. L'abdomen refermé, le malade se remit, rendit des gaz.

Le lendemain, dans l'après-midi, reprise des symptômes occlusifs : réouverture de l'abdomen et je refis une entéro-anastomose entre l'anse du grêle la plus proche et celle la plus loin de l'anse obstruée qui correspondait à celle trouvée adhérente et obstruée le jour précédent.

OBSERVATION XVIII

KÖRTE, in RUGE, Darmverschluss bei und nach Perityphlitis. *Archiv für Klinische Chirurgie*, 1911, p. 711.

Appendicectomie à froid. Neuf mois plus tard, occlusion. Entérectomie.

Femme, 42 ans. En mars 1904, opération à froid. Guérison *per primam*.

Le 23 décembre 1904, le soir, vers 9 h. 1/2, violentes douleurs soudaines dans la région supérieure droite du ventre. Nausées. Vomissements.

Le 24, au matin, à droite de l'ombilic, défense musculaire. Mouvements péristaltiques; les anses intestinales se dessinent en relief, parfois assez dures.

Rien par le rectum. Diagnostic d'occlusion.

Opération dans l'après-midi. Laparotomie médiane avec contre-section vers la droite. Exsudat séro-sanguinolent. Anses grêles fortement distendues.

À droite, une circonvolution très fortement serrée sous une bride, sa paroi est gangrenée. Résection de 25 centimètres d'intestin. En territoire sain, entéro-anastomose termino-terminale. Tamponnement à la gaze iodoformée. Fermeture. Guérison *per primam* avec cicatrisation assez longue.

L'étranglement était si solide que les deux bouts de la bride au moment de la libération sautèrent avec un claquement. Par là s'explique la rapide apparition de la gangrène dix-sept heures après l'étranglement.

OBSERVATION XIX

Idem.

Occlusion intestinale six mois après appendicectomie.

S..., jeune garçon, 11 ans. Appendicectomie à froid le 24 février 1903.

On trouve, au milieu d'adhérences étendues, un appendice chroniquement enflammé qu'on enlève d'une manière classique. Guérison *per primam*.

Septembre 1903 : L'opéré tombe soudain malade. Apparition des symptômes d'une occlusion intestinale; en l'absence de Körte, on l'opère ailleurs. On trouve une occlusion très serrée (tranchante) par une bride adhérente. Guérison.

OBSERVATION XX

Idem.

Appendicectomie pour appendicite grave. Cinq mois, après occlusion.

Ruth P..., 5 ans.

Appendicectomie pour appendicite gangréneuse le 31 mai 1910. Drainage, deux contre-ouvertures. Nettoyage du péritoine. Suture des plans séreux, musculaire et aponévrotique. Peau non suturée. Nombreux abcès consécutifs sont ponctionnés, dont l'un par le rectum. Fistule cæcale.

Le 30 octobre 1910, l'enfant retombe malade après un rétablissement complet et un fonctionnement intestinal normal. Constipation opiniâtre. Lavements en vain. Crises douloureuses périodiques. Vomissements. Rien par l'anüs.

Le 3 novembre 1910, la situation empirant, opération. On enfouit l'orifice de la fistule. Laparotomie médiane. Exsudat séro-sanguinolent. Intestin grêle distendu. Une circonvolution grêle est étranglée par une bride formant lien. Libération. Sillon profond sur l'intestin

que l'on enfouit. Dans ce sillon profond subsiste une sténose due au tissu scléreux cicatriciel. L'intestin trop rempli se vide mal. A la suite, entéro-anastomose en aval et en amont de la sténose. Ponction intestinale. Aplatissement de la circonvolution distendue. Enfouissement de l'orifice de la ponction. Adhérences occlusives multiples enlevées. Nettoyage à l'eau chaude. Suture. Guérison sans difficultés. Selle abondante le quatrième jour.

OBSERVATION XXI

Idem, in RUGE.

Tr., (Louise), 16 ans, fille de service. Appendicite aiguë. Appendicectomie le 3 avril 1907. Dans la cavité péritonéale, liquide séreux, louche. Un abcès à la base de l'appendice gros comme une noix. Appendice perforé. Nettoyage du péritoine à l'eau chaude. Drainage par contre-incision lombaire. Un autre drain est placé dans le petit bassin. Fermeture. Après l'opération, état général assez bon d'abord, mais très fort météorisme. Le 5 avril, vers le soir, vomissements. Lavage d'estomac et injection sous-cutanée de sérum.

Le 6 avril seulement, on parvient par des lavements très hauts et par la « physiostygmine » à avoir une selle. Sérum continu. Rétention gaz et matières. Cependant bon état général. Pouls normal, pas de fièvre. Le ventre se météorise à nouveau, mais peu tendu, à peine douloureux.

Le 8 avril, vomissements fécaloïdes. Pas de selle. On pense plutôt à de la péritonite qu'à de l'occlusion. Langue humide. Pouls à 72. Pas de fièvre.

Le 9 avril, réouverture de la plaie: rien de particulier; on agrandit l'incision vers le bas. Anse grêle étranglée dans le petit bassin; dans tout l'abdomen, circonvolutions très distendues. A la limite, entre les deux zones, on trouve une nappe d'adhérences qui se sont formées autour du drain entouré de gaze iodoformée. Sous cet étranglement, une anse iléale est complètement obstruée.

Ablation du paquet d'adhérences, l'intestin aplati se remplit. On ponctionne avec un trocart l'iléon au-dessus de l'obturation. Un liquide clair, très puant, s'écoule. Cependant les circonvolutions

supérieures ne se vident pas ; plaque de sphacèle sur une anse jéjunale haute, on l'enfouit. On libère un réseau d'adhérences sur une autre circonvolution jéjunale élevée. Ce faisant, toute la paroi qui est gangrenée se déchire. Par ce trou, on introduit un drain mince qui est fixée solidement ; l'autre bout arrive au niveau de la ponction iléale. Par les deux bouts du drain s'écoulent continuellement des excréments liquides d'une couleur jaune gris. Lavage abondant à l'eau chaude. Suture profonde en masse. On amène les deux drains intestinaux au dehors.

Mort le 15 avril 1907 par péritonite généralisée d'origine fécale.

OBSERVATION XXII

Rutherford MORRISON, *Edinburgh medical journal*, septembre 1911.

H. J..., 43 ans, charretier. Entre le 2 février 1910. Six ans auparavant, a eu son appendice enlevé. Quelques crises douloureuses abdominales de temps en temps. Le jour précédent son admission, étant au travail, fut pris d'une violente douleur abdominale dans la région de l'ombilic. Pas de météorisme. Pas de vomissements, mais pas de gaz, ni matières. Diagnostic : occlusion. Bon état général.

Le 12 février 1910, laparotomie médiane. Explorant la région iléo-cæcale, la dernière partie de l'iléon est trouvée adhérente par son bord « antimésentérique » à son propre mésentère, produisant ainsi un étranglement évident. On libère cette adhérence. L'ancienne place de l'appendice était très bien, intacte. Fermeture. Guérison.

OBSERVATION XXIII

Idem.

Fille, 25 ans. Quinze mois auparavant, appendicectomie. Durant six mois tout alla bien, puis elle commença à souffrir du côté droit, par crises, avec des gargouillements que pouvaient entendre ceux étant dans la chambre auprès d'elle. Soulagée par l'émission de gaz. Constipation.

A l'admission, le 9 juillet 1910, bon état général, mais défense

musculaire au-dessus de l'arcade crurale. Au niveau de l'ancienne cicatrice, zone sensible. Diagnostic : bacilliose iléo-cæcale.

Opération le 13 juillet 1910 : Ouverture par incision oblique dans la fosse iliaque droite. Du liquide s'échappe. Nombreuses adhérences solides autour du cæcum et sur la terminaison de l'iléon qui furent libérées aux ciseaux entre des pinces. Fermeture. Guérison. En somme, obstruction intestinale par adhérences et étranglement après appendicectomie.

OBSERVATION XXIV

Idem.

J. L..., 30 ans. Présente une hernie inguinale réductible. A eu des crises douloureuses dans la région appendiculaire. Appendicectomie. On trouve des adhérences s'étendant de l'appendice à l'iléon terminal.

Libération des adhérences; enfouissement du moignon appendiculaire. On en profite pour agrandir l'incision cutanée et on fait une cure radicale de la hernie. Ceci a lieu le 22 février 1910. Bonne convalescence.

Le 30 avril 1910, revient avec une occlusion intestinale datant de trois jours. Très malade à l'arrivée. Abdomen tendu. Pouls à 140. On l'opère *illico*. Incision médiane sous-ombilicale; l'ouverture montre de nombreuses adhérences dans la région iléo-cæcale. Celles qui paraissent avoir occasionné l'étranglement de l'intestin sont sectionnées; libération de l'intestin. Fermeture. A son retour dans la salle, le malade est dans le collapsus; il meurt l'après-midi. Mort par intoxication due à l'opération trop tardive.

OBSERVATION XXV

Charles GIBSON, *Annals of Surgery*, 1916, p. 442.

Homme. Quatre ans avant, appendicectomie. Entre dans le service du professeur Gibson, à New-York Hospital, le 5 mars 1914.

Treize jours auparavant a commencé à présenter quelques symptômes d'occlusion. Soigné médicalement. A l'entrée, vomissements,

abdomen distendu. Calmé par la poudre de charbon. Le 8 mars, vomit sa poudre de charbon. On l'opère. Une obstruction par adhérence du cæcum au mésentère de l'iléon fut découverte. On libère une bride enserrant le petit intestin. L'occlusion était apparemment totale. Guérison.

OBSERVATION XXVI

ODARD, Société nationale de chirurgie, 14 juin 1924.

D... (Ernest), 23 ans, matelot du *Waldeck-Rousseau*, entre à l'Hôpital Sidi-Abdallah pour appendicite chronique le 25 août 1917.

Le 28 août, appendicectomie avec enfouissement.

Après quarante-huit heures, le malade est agité, il vomit et déclare souffrir beaucoup. Le ventre est ballonné. Rien par l'anus.

Réouverture de la plaie opératoire. Les anses grêles sont très distendues ; pas de liquide dans le péritoine. En soulevant le cæcum, on s'aperçoit que l'iléon, près de sa terminaison, est coudé. On le redresse, les gaz passent brusquement dans le cæcum. Reposition soigneuse des anses grêles.

Fermeture. Guérison.

OBSERVATION XXVII (résumée).

Idem.

N... (Paul), 19 ans, matelot du *Jules-Ferry*. Opéré le 30 janvier 1918, à froid, après une crise grave. Appendice rétro-cæcal complètement enfoui dans une masse indurée, reliquat d'abcès. Appendicectomie difficile, mais sans incident. Enfouissement. On laisse un petit drain dans le foyer.

Suites favorables, pas de fièvre. Cicatrisation. Le septième jour, il n'y a pas eu encore de selles spontanées. Ventre légèrement ballonné, pas de douleurs. Légère purgation sans résultat. Le lendemain, lavement sans résultat. Le neuvième jour, les signes d'occlusion s'affirment. Crises douloureuses intermittentes, ballonnement plus accentué.

On réintervient. Anses grêles très distendues. Au voisinage de la région appendiculaire, masse d'adhérences réunissant l'épiploon enflammé, l'iléon terminal et le cæcum. Les adhérences sont libérées avec difficulté; les gaz passent mal. On hésite entre une dérivation externe complémentaire (anus de Nélaton) ou une dérivation interne.

On se décide pour cette dernière; anastomose latéro-latérale entre iléon et côlon ascendant; opération bien supportée.

Mort dix-huit heures après. A l'autopsie, absence de réaction péritonéale; l'anastomose est étanche et a fonctionné.

OBSERVATION XXVIII (résumée).

OUDARD et LEPAGE.

M... (François), 36 ans, matelot transport *Évangéline*. Première crise le 9 novembre 1918. Incision d'un abcès appendiculaire. Le 28 janvier 1919, appendicectomie à froid. On découvre un appendice rétro-cæcal, court, gros, fortement adhérent. Appendicectomie avec enfouissement. Drainage. Trois jours après, signes d'occlusion qui se précisent. Le septième jour, 3 février, on ouvre la plaie d'appendicectomie et on fixe une anse distendue. L'ouverture de cette anse donne issue à une énorme quantité de liquide intestinal, environ 4 litres. Suites favorables. Le 15 février, une première selle pâteuse par l'anus. Le 15 juin, fermeture de la fistule.

OBSERVATION XXIX (résumée).

OUDARD.

F... (Alfred), 23 ans. Le 3 septembre 1921, entre à l'Hôpital Sainte Anne pour appendicite suraiguë. Appendicectomie *illico* sous rachi. Appendice épais, trapu, adhérent au cæcum, gangreneux, avec large perforation. Enfouissement soigneux, la section ayant porté au ras du cæcum. Fermeture de la paroi avec drainage. Incision sus-pubienne pour drainage du Douglas. Position de Fowler.

Suites très favorables avec émission de gaz et selles.

Le douzième jour, après le repas, apparition de douleurs abdominales très violentes.

Vu le lendemain matin, présente tous les signes d'une occlusion aiguë du grêle. Rachi. Laparotomie sous-ombilicale. Anses grêles très distendues.

Dans la fosse iliaque droite, masse d'anses agglomérées. On n'en tente pas la libération. L'anse distendue la plus proche du foyer d'occlusion est fixée à la paroi, dans la plaie d'appendicectomie qu'on a réouverte.

Trocart fixé à la Vetzell. Suites favorables. Bon fonctionnement de l'anus de Nélaton. Apparition de selles par l'anus le dixième jour. Guérison.

OBSERVATION XXX (résumée).

Sauvé, Société nationale de chirurgie, 1924.

Jeune soldat entre à l'infirmerie du 31^e chasseurs le 8 octobre 1916.

Appendicectomie. Je trouve du pus fétide dans tout le ventre; appendice gangreneux et perforé; épiploon gangreneux; on résèque l'appendice et une partie de l'épiploon gangrené.

Pendant deux jours, état inquiétant; puis tout revient progressivement dans l'ordre et au quatrième jour, le malade va à la selle. Pouls, 80. Pas de fièvre. Le neuvième jour, alors qu'il allait tout à fait bien, le malade a un vomissement; il a néanmoins des gaz et un excellent facies. Le lendemain, quelques gaz encore; toujours pas de température et bon facies. Mais en vingt-quatre heures, l'état change avec une telle brusquerie que le quatrième jour l'occlusion intestinale est évidente et l'état désespéré. Devant cet état, je fais sous anesthésie locale une fistule cæcale. L'état se rétablit progressivement. Au bout d'un mois, les matières commencent à repasser par en bas et j'essaie de fermer l'anus. Le résultat est incomplet et je me dispose à faire une cure radicale complète de l'anus quand je suis envoyé en Russie et perds de vue le malade.

OBSERVATION XXXI

ROUX-BERGER, Société nationale de chirurgie, 13 mars 1924.

C... A..., femme de 26 ans, entre à Lariboisière avec une appendicite aiguë datant de quarante-huit heures. Ventre ballonné. T. 38°2.

7 décembre 1921 : Opération. Incision à droite. Pus fécaloïde dans l'abdomen. Ablation d'un volumineux appendice rétro-cæcal, complètement sectionné à la partie moyenne, méso très friable ; aucune adhérence inflammatoire entre les anses intestinales. Drain. Suites normales.

28 décembre 1921, soit vingt et un jours après l'opération : Douleur d'une extrême violence diffusée à tout l'abdomen ; vomissements. Le soir, douleur exagérée, arrachant des plaintes continuelles et début de ballonnement.

Opération. Rachi. Laparotomie médiane qui fait découvrir l'adhérence du grêle dans le foyer appendiculaire. Libération des anses adhérentes. En amont, l'iléon est tellement distendu que je crains cette libération insuffisante et je pratique une iléostomie. Suites satisfaisantes ; les accidents douloureux d'occlusion cessent et l'écoulement par iléostomie s'établit, très abondant, à partir du second jour.

5 janvier 1922 : L'écoulement du contenu intestinal n'a aucune tendance à se tarir et la peau s'altère à son voisinage. Un lavement au bleu de méthylène donné par l'anus sort par la fistule iléale. Une tentative de simple suture de l'orifice iléal dans la plaie échoue.

10 janvier 1922 : Opération. Libération de l'anse fistulisée. Résection d'environ 20 centimètres, anastomose bout à bout. Opération facile, mais malgré l'étendue de la résection, l'anastomose porte sur des anses un peu cartonnées. Paroi en plans sans drainage. Suites très simples.

10 février 1922 : La malade a été prise depuis quelques jours de douleurs abdominales vagues s'exagérant considérablement dans la nuit du 9 au 10. Péristaltisme visible. Ballonnement. Douleurs continuelles.

Opération. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Intestin grêle

énorme auquel fait suite une zone absolument aplatie. A l'union des deux anses, adhérences de deux segments du grêle, adhérences sur plusieurs anses voisines, adhérence du grêle aux mésos. Libération. Péritonisation aussi exacte que possible des surfaces cruentées, puis ponction du grêle très distendu; on évacue de la sorte une quantité très importante de contenu intestinal. Assèchement du fond du petit bassin qui contient beaucoup de liquide citrin. Fermeture sans drainage après s'être assuré qu'il n'y avait pas d'autre obstacle sur le trajet intestinal. Guérison.

OBSERVATION XXXII (résumée).

HUGUIER et LANOS, Société des chirurgiens de Paris, 19 décembre 1924.

S... (Colette), 16 ans. Le 23 mai 1923, appendicectomie à froid; pas d'enfouissement. Drains et deux mèches. Suites très normales d'abord. On change trois fois de drainage, puis on l'enlève le dixième jour.

Le lendemain, 11 juin, malaises. On remplace le drain. Dans la nuit du 11 au 12, vomissements alimentaires, bilieux, puis noirs, abondants. Le 12 juin, au matin, ventre très ballonné, dur, et très douloureux. Pouls 130. Arrêt des gaz. État général grave.

Cet état devient très grave; on se décide pour l'entérostomie, on repasse par la cicatrice, un peu de liquide s'écoule et comme on trouve aussitôt le cæcum dilaté et très aminci, on le fixe à la paroi et on l'ouvre. On remplace le drain et les mèches à la partie déclive de l'incision.

Très vite, amélioration de l'état général; gaz et matières passent par la fistule.

Elle garde sa fistule jusqu'au 21 décembre 1923, mais il y a prolapsus du cæcum par l'orifice; aussi laparotomie médiane; on trouve une bride épiploïque passant entre le cæcum et la face antérieure de la terminaison du grêle, bride du volume du doigt qui se dirige en bas et en dehors. Section de cette bride entre deux ligatures. Puis section du grêle au thermo à 15 centimètres de sa terminaison entre deux ligatures à la grosse soie. Enfouissement des deux moignons.

Section du mésentère et ligature. Puis section du côlon ascendant à sa partie inférieure, au thermo entre deux pinces de Kocher, au-dessous desquelles on passe des anses en U au fil de lin. Enfouissement; section du mésocôlon, implantations latéro-latérales du grêle dans le côlon ascendant par deux plans au fil de lin, en évitant de laisser des culs-de-sac de part et d'autre. Fermeture de la paroi. Cure radicale de l'anus cæcal prolabé le 14 novembre 1921. On enlève l'intestin exclu. Guérison.

OBSERVATION XXXIII

Idem.

C... (Germaine), 27 ans. Appendicectomie sans enfouissement le 15 novembre 1924.

Suites d'abord normales, mais le huitième jour la température monte à 38°7; nausées. Le neuvième jour, la malade se plaint de coliques assez vives. T. 38°7. Pouls un peu rapide, 100. Pas de ballonnement abdominal, mais ventre légèrement douloureux.

Le lendemain, T. 38°5. Pouls plus rapide. Coliques plus vives et plus rapprochées. Vomissements. Pas de gaz depuis la veille.

Laparotomie médiane. L'épiploon apparaît aussitôt, très vascularisé et comme induré et une bride épiploïque, tendue dans la fosse iliaque, comprime le cæcum dont la paroi est épaissie et dure. On sectionne cette bride et, l'intestin n'étant pas très dilaté, on juge inutile de l'ouvrir. Par ailleurs, le Douglas est rempli de liquide séro-purulent qu'on éponge. On referme la paroi après avoir installé dans le Douglas un drainage à la Mickulicz. Guérison.

OBSERVATION XXXIV

STULTZ, Société nationale de chirurgie, 21 juin 1921.

K... (Marie), 28 ans, cuisinière. Le 2 février 1924, appendicectomie avec suture en bourse et enfouissement.

Suites opératoires normales. La malade devient rapidement apyritique. Selles régulières à partir du troisième jour après l'opération.

Mais le 13 février, douzième jour après l'appendicectomie surviennent de nouvelles douleurs abdominales; crises douloureuses répétées, localisées principalement dans la région péri-ombilicale. La malade va encore à la selle le 14 février, mais le soir du 15 février, les coliques deviennent plus fréquentes, les gaz ne passent plus, le ventre se ballonne. Dans la nuit, vomissements fécaloïdes. Le 16 février, au matin, l'image de l'occlusion est complète. On voit des contractions d'anses intestinales se dessiner sous la paroi. Il y a un obstacle sur le grêle.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Forte dilatation du grêle; pas de liquide dans le péritoine. La main se dirige immédiatement vers le cæcum et constate qu'il n'est pas distendu. Dernières anses intestinales très dilatées, rouges, tapissées çà et là d'un mince enduit fibrineux; pas d'adhérences entre elles. Ces lésions s'accroissent au fur et à mesure qu'on approche du cæcum. La région iléo-cæcale découverte, on voit que la dernière portion de l'iléon est venue adhérer par sa face libre au fond cæcal à l'endroit du moignon appendiculaire. L'anse grêle est soudée et bridée par une adhérence qui, large de 2 centimètres, s'étend, en avant, du cæcum au mésentère iléal. Cette adhérence, quoique sûrement récente, est difficile à décoller; on n'y arrive qu'au prix d'une lésion de la tunique musculaire du grêle. Après la libération, le contenu du grêle passe bien dans le cæcum qui se remplit et se ballonne. Suit la péritonisation des surfaces cruentées de l'iléon et du cæcum. Fermeture. Guérison.

OBSERVATION XXXV

RAYNER, *British medical Journal*, 27 mai 1924.

Homme de 50 ans, opéré au cinquième jour d'une appendicite suppurée

Ablation de l'appendice rétromésentérique. Drainage.

Quatre jours plus tard, occlusion intestinale.

Laparotomie. Distension marquée de l'intestin grêle, surtout du jéjunum.

L'occlusion siège sur la partie inférieure de l'iléon et est due à

une angulation du grêle produite par un ligament iléal bien marqué. La distension cesse brutalement au niveau du ligament iléal.

Iléo-colostomie transverse latéro-latérale après drainage de l'iléon. Guérison.

OBSERVATION XXXVI (résumée).

MATHIEU, Société nationale de chirurgie, 22 mars 1924.

Homme, 35 ans. Appendicectomie le 27 septembre 1923. Plusieurs crises antérieures. Mac Burney typique. L'appendice était très adhérent, assez difficile à décortiquer des adhérences dans lesquelles il était enfoui.

Les suites furent simples. Dix jours après, le malade était chez lui; il avait été à la selle peu abondamment (deux selles depuis son opération) et avait eu deux petites crises de coliques d'une demi-heure à la maison de santé.

Le mardi 9 octobre, le malade fut repris de douleurs vives dans le ventre, calmées par la morphine. T. 37°2. Vomissements verdâtres et fétides.

Prévenu, je fis revenir le malade à la maison de santé. Le calme était revenu; température toujours normale, pouls excellent; le malade avait rendu quelques gaz; le ventre était souple.

Le 10 octobre, dans l'après-midi, une petite crise se reproduit: douleur à gauche dans l'abdomen, avec sensation de boyau se tordant dans le ventre. Le hoquet apparut. Contractions péristaltiques visibles.

Laparotomie médiane. Bride longue de plus de 10 centimètres, tendue entre la région de la fosse iliaque droite et le mésocôlon pelvien. Cette bride, épaisse comme une plume de poulet, étranglait une anse grêle et y traçait son empreinte sous forme d'un sillon bleuâtre, marquant les suffusions hémorragiques à ce niveau. La bride fut réséquée et la paroi refermée. Gaz le deuxième jour. Selle normale le troisième. Guérison.

OBSERVATION XXXVII

Idem.

S... (Roger), 7 ans 1/2. Entre le 28 janvier 1924. A été opéré en banlieue, pour appendicite aiguë suppurée, en août 1923. Bonnes suites.

Quatre jours avant son entrée, il présenta des douleurs abdominales avec constipation, vomissements bilieux, douleurs à l'épigastre.

A l'entrée, abdomen tendu, difficile à palper, peu douloureux. Facies bon. Pouls à 96. Température normale. Vomissements continuels. Pas de gaz ni de selles. Douleurs abdominales par crises, réveillées par la palpation.

31 janvier : Ascite légère; enfant fatigué, mais pouls toujours bien frappé. La palpation de l'abdomen me montra un ventre assez tendu, mais la paroi n'était pas contracturée. Mon palper provoqua le péristaltisme des anses intestinales. Occlusion certaine du grêle.

Laparotomie médiane. Intestin grêle très distendu. Bride sur la partie moyenne de cet intestin, tendue entre les deux branches d'une anse. La bride et le mésentère déterminaient la formation d'un anneau dans lequel le sommet de l'anse venait s'étrangler par voie rétrograde. La section de la bride faite, la paroi fut refermée. Rétablissement du circuit intestinal. Guérison.

OBSERVATION XXXVIII

Idem.

Jeune malade entré dans mon service à Bretonneau. Appendicectomie, le 11 octobre 1923, pour appendicite pelvienne aiguë. Opération très pénible. Mac Burney. Cæcum fixé. Appendice pelvien largement violacé, sphacélé en partie avec gros calcul. Appendicectomie. Drain dans le Douglas enlevé huit jours après. Lavage au Dakin de la plaie qui suppura beaucoup.

30 octobre : Vomissements. Le ventre se ballonne. Tympanisme très marqué de la région épigastrique.

3 novembre : J'interviens avec le diagnostic, qui me paraît indiscutable, d'occlusion postopératoire retardée.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, après avoir isolé la plaie latérale infectée. Anses intestinales énormes qu'on extériorise sur des compresses imbibées de sérum chaud. Section de nombreuses adhérences et brides épiploïques. Suture de la paroi au fil de bronze.

Convalescence pénible au début (météorisme et vomissements), puis guérison.

OBSERVATION XXXIX

AUVRAY, Société nationale de chirurgie, 29 mars 1924.

Femme, 40 ans, chez laquelle j'ai fait moi-même l'appendicectomie, le 27 janvier 1923, par l'incision de Jalaguier. J'enlève un appendice très gros, très adhérent à la face postérieure et externe du cæcum. L'ablation de l'appendice est difficile; la crise a été grave. Après l'appendicectomie, je fais la cautérisation du moignon et son enfouissement. Je cherche à cacher la surface d'adhérences au cæcum en ramenant au-devant d'elle des franges graisseuses intestinales et du péritoine voisin. Je trouve prudent de ne pas fermer complètement la paroi et je laisse une mèche et deux petits drains. Mèches et drains étaient enlevés le troisième jour.

Pendant la convalescence, signes d'occlusion chronique; vomissements prenant par moment l'aspect fécaloïde avec douleurs et ballonnement. Cependant, les gaz continuent à passer, témoignant d'une occlusion incomplète; il se produit des améliorations, puis des aggravations.

L'occlusion n'a pas eu un caractère absolument aigu, mais plutôt une allure chronique avec aggravation progressive.

Je réinterviens, le 24 février 1923, par laparotomie médiane. Je trouve dans la fosse iliaque droite un magma d'adhérences; au milieu de ces adhérences, le grêle est coudé en canon de fusil à sa

terminaison ; on libère cette anse avec difficulté. Après libération, il reste une surface cruentée dépouillée de péritoine, au niveau de laquelle, à la fin de l'opération, je laisserai en place une mèche pour empêcher le recollement du grêle. D'autres anses grêles du voisinage sont venues s'appliquer par leur convexité et se couder sur le foyer inflammatoire de l'ancienne appendicite ; ces anses sont libérées plus facilement.

Suites opératoires normales, malgré l'appréhension des surfaces avivées.

Guérison.

OBSERVATION XL

Idem.

Femme, 22 ans. Appendicectomie le 27 janvier 1922. Appendice un peu adhérent par sa pointe à la fosse iliaque.

Réopérée le 5 février 1922 pour des accidents d'occlusion ; depuis quarante-huit heures, elle présente des crises douloureuses avec péristaltisme, arrêt incomplet des matières et des gaz, des vomissements, un ventre très légèrement ballonné avec bon état général.

On intervient par laparotomie médiane ; on trouve l'épiploon enflammé et adhérent par son bord libre au bord gauche du petit bassin, à la hauteur du détroit supérieur, formant une bride sous laquelle une anse grêle est étranglée, mais assez lâchement ; on sectionne la bride et on résèque toute la partie suspecte de l'épiploon. On draine. Guérison.

OBSERVATION XLI

Idem.

Femme opérée à l'Hôtel-Dieu en 1911.

Trois mois après son appendicectomie, elle commence à souffrir dans le bas-ventre, surtout à droite ; la douleur s'exagère quand la malade se renverse en arrière, la constipation devient plus accentuée qu'avant l'opération, l'appétit disparaît ; le matin, au réveil, il y a un état nauséux se reproduisant plusieurs fois dans la journée, mais sans aller jusqu'aux vomissements.

L'état empirant en janvier 1924, on pratique une laparotomie médiane; on trouve l'épiploon attiré en bas et à droite et adhérent fortement au moignon de l'appendice, cette corde épiploïque comprime l'iléon à 2 centimètres de la valvule iléo-cæcale; au-dessus de l'obstacle, il y a une dilatation notable du grêle; on lève l'obstacle. Guérison.

OBSERVATION XLI *bis*.

LENORMANT, *Presse médicale*, 23 juin 1911.

Petite fille de 10 ans, opérée d'appendicite à chaud deux ans auparavant.

Les accidents actuels dataient de trois jours; ils avaient débuté par des coliques, bientôt accompagnées de vomissements fécaloïdes, arrêt des matières et des gaz.

A l'opération, je trouvai deux anses grêles adhérentes à la cicatrice de l'ancienne opération, coudées à angle aigu et tendues comme des cordes; autour de l'une de ces cordes, la partie terminale de l'intestin grêle s'était enroulée, les adhérences furent libérées, l'intestin détordu et remis en place, la circulation intestinale se rétablit aussitôt. Guérison.

OBSERVATION XLII

HARRIGAN, *Surgery, gynecology and obstetrics*, juin 1919.

J. P..., 46 ans. Entre le 24 décembre 1913.

Deux ans auparavant, on a enlevé l'appendice dans un autre hôpital.

La maladie actuelle remonte à trois jours. Début par une profonde douleur abdominale siégeant principalement dans le quadrant droit inférieur du ventre. Vomissements. Constipation. Abdomen légèrement distendu. Légère masse dans la fosse iliaque droite.

Opération. Incision latérale droite sur le rebord du muscle droit. On découvre une occlusion intestinale siégeant sur l'iléon terminal. Partie supérieure de l'iléon couleur lie de vin, épaissie et distendue. Mésentère très enflammé présentant plusieurs déchirures. Une bride longue de deux pouces et demi et épaisse de trois quarts de pouce

passait entre le cæcum et le péritoine pariétal. L'iléon était étranglé par cette bride. Bride liée et sectionnée. Des compresses chaudes furent appliquées sur l'iléon et rétablirent *illico* la circulation. Fermeture. Guérison.

OBSERVATION XLIII

Idem.

Femme, 19 ans. Entre le 18 août 1914. Onze mois auparavant, on lui a fait une appendicectomie pour appendicite aiguë. Ligature et cautérisation du moignon avec phénol et alcool. Suites normales.

Depuis, l'opération allait très bien, jusqu'à il y a environ deux semaines, où elle présente une violente douleur persistante dans l'abdomen. Une semaine avant son admission, constipation marquée, cathartiques et lavements sans résultat. Le jour de son admission, les vomissements sont fécaloïdes. A l'examen, symptômes d'une grave toxémie. Pouls excessivement rapide et abdomen ballonné. Pas de péristaltisme visible, pas de masse perceptible.

Opération le 18 août. Incision latérale droite. Petit intestin très distendu. Nombreuses adhérences autour de la terminaison de l'iléon. On essaie de séparer ces adhérences, mais on abandonne à cause de la difficulté technique. Une anse libre de l'iléon immédiatement sus-jacente aux adhérences est anastomosée au côlon transverse. Fermeture.

Tout alla bien jusqu'au 24, sixième jour après l'opération, où surviennent nausées et vomissements continuels. Le lendemain, l'abdomen se distend. Le 26, vomissements continuels, abdomen météorisé et forte douleur. Léger mieux les deux jours suivants. Aux rayons X, obstruction du grêle sur l'anse afférente.

Seconde opération le 29 août; l'anastomose fut trouvée très bien. Une portion du côlon transverse était adhérente au petit intestin près de l'anastomose. On libère les adhérences et l'étranglement est levé. Guérison.

OBSERVATION XLIV

Idem.

S... T..., 26 ans, femme. Opérée le 20 novembre 1914 pour appendicite suraiguë; a eu deux crises auparavant. Appendicectomie : appendice très long (3 pouces), gangrené et perforé à son extrémité. Pus libre en grande abondance avec odeur fécaloïde marquée. La patiente ne va pas bien du tout. Pouls augmente de rapidité, vomissements continuels.

Le 28 novembre, abdomen très distendu. Arrêt absolu matières et gaz, vomissements profus. Opération immédiate. Incision médiane. Étranglement sur l'iléon à 6 pouces environ du cæcum. On enlève l'étranglement en libérant de nombreuses adhérences. Aplatissement complet de l'intestin sous-jacent; on fait une entérostomie. Mort trente heures après la laparotomie.

OBSERVATION XLV

Idem.

Homme. Appendicectomie pour appendicite aiguë le 14 août 1918. Appendice modérément enflammé. On l'enlève après ligature et cautérisation du moignon à l'alcool-phénol.

Suites opératoires tranquilles jusqu'au quatrième jour où apparaît une violente douleur abdominale qui augmente en intensité et est suivie de vomissements. Lavement sans résultat.

Vu la violente douleur abdominale, les vomissements et l'arrêt des gaz et matières, on opère *illio*. Une anse iléale est trouvée adhérente au cæcum. On libère l'intestin. Guérison.

OBSERVATION XLVI

Idem.

Jeune mariée. Appendicectomie il y a un an.

La patiente se plaint d'une violente douleur abdominale. Il semble que l'on soit en présence d'une manifestation hystérique, mais un

neurologiste confirme que la douleur est bien d'origine organique. Opération le 2 février 1918; on trouve une anse iléale adhérente au péritoine pariétal. Libération. Guérison.

OBSERVATION XLVII

Idem.

Jeune femme de 30 ans. Entre à l'Hôpital Fordham le 18 mars 1919. On lui a fait une appendicectomie en mai 1918, sans drainage.

Depuis l'opération, elle a souffert plus ou moins de l'abdomen et constipation.

Le 17 mars, est prise tout à coup d'une violente douleur abdominale, localisée au quadrant droit inférieur. Rien par l'anus depuis deux jours; a vomi plusieurs fois durant la journée. Abdomen distendu; défense musculaire de la fosse iliaque droite. Température normale.

Opération immédiate. Incision latérale en dedans de l'ancienne cicatrice. A l'ouverture de l'abdomen, un liquide citrin s'échappe en abondance en même temps qu'une anse grêle fait issue par la plaie. Elle est distendue et remplie de gaz et de liquide.

Au même moment, une seconde anse grêle, complètement aplatie, apparaît dans l'angle inférieur de l'incision. Donc, il existe évidemment une occlusion.

Elle est causée par une anse grêle très fortement adhérente au péritoine pariétal, juste derrière la vieille incision. La longueur de la partie adhérente avait environ 1 1/4 pouce de long du côté du bord convexe de l'intestin, dans la direction du grand axe. La séparation de cette adhérence déchira un peu la tunique séreuse de l'intestin. On enfouit cette déchirure. Cette bride avait au moins 3 pouces de long et paraissait être le prolongement du méso appendiculaire. Ligature et excision de la bride. Fermeture de l'abdomen sans drainage.

OBSERVATION XLVIII

Idem.

N... F..., 35 ans. Entre à l'Hôpital Saint-François le 27 décembre 1918.

A été opéré, il y a sept ans, à l'Hôpital Bellevue, pour appendicite aiguë suppurée, drainée sans doute, car la cicatrice est large. Depuis six mois, souffre du ventre, surtout après les repas. N'a pas vomi de sang.

Maladie actuelle : Fut pris tout à coup d'une violente et intolérable douleur abdominale et de vomissements. Douleur maximum autour de l'ombilic. Pâle et faible. Il semble que ce soit un ulcère du duodénum perforé ou une occlusion due à une opération antérieure. Abdomen tendu.

Opération immédiate. Incision sur le rebord du muscle droit. Un peu de liquide clair s'échappe. Côlon transverse et cæcum sont contractés et vides. Une anse grêle amenée est vide; une seconde anse est très distendue et contient du liquide. La surface de l'intestin présente de nombreuses zones de coloration foncée. Dans la région de l'opération antérieure, une mince bride fut trouvée, qui allait du péritoine pariétal dans la région de la cicatrice, en haut et en dedans vers le bord convexe d'une anse intestinale. Cette bride comprimait et obstruait complètement une seconde anse intestinale. La bride fut séparée et excisée. Abdomen fermé sans drainage. Guérison.

OBSERVATION XLIX

LAROYENNE, *Lyon chirurgical*, 13 mars 1924.

Jeune homme de 19 ans. Entre à l'hôpital, le 11 février 1924, pour une occlusion intestinale aiguë, dont le début remonte à la nuit du 8 au 9 (plus de quarante-huit heures), où il a été pris brusquement de violentes douleurs occupant tout l'abdomen, mais prédominant à droite. Depuis lors, arrêt complet matières et gaz. Vomissements. T. 37°8. Pouls à 80; facies peu altéré. Abdomen distendu et dur, un peu mat dans les flancs.

Le malade a été opéré d'urgence, six mois auparavant, pour appendicite aiguë.

Opération immédiate. Incision sur le bord externe du muscle droit.

A l'ouverture, un flot abondant de liquide séro-hématique. On sent à l'entrée du bassin un paquet d'anses dures, figées, qu'on extériorise avec quelque peine; elles sont noires, insérées à un mésentère extrêmement congestionné, épais, renfermant des ganglions volumineux.

Aucun sillon d'étranglement n'apparaît sur elles; leur longueur est estimée à 1^m 50 environ. On remarque une adhérence insignifiante en un point et une zone de dépéritonisation au niveau de l'anse la plus voisine du cæcum. Celui-ci est sain et n'a plus d'appendice.

On pense à un volvulus partiel du grêle et on détord la masse intestinale malade dans un sens qui n'ayant pas été noté *illico*, a été oublié par la suite. Sous l'influence d'une aspersion de sérum, l'intestin altéré tend à reprendre sa couleur normale; il est réintégré, abdomen refermé. Guérison rapide.

OBSERVATION L (résumée).

GAYET, Société de chirurgie de Lyon, 11 janvier 1912.

D... (Antoine), 25 ans. Antécédents $\varnothing$: tumeur blanche, bronchite chronique.

Appendicectomie le 22 novembre 1911 par laparotomie médiane, car on pense à une tuberculose péritonéale. On trouve seulement un appendice entouré d'adhérences fibreuses le collant à la paroi abdominale. Appendicectomie.

L'appendice, examiné au laboratoire, présente des lésions discrètes d'appendicite chronique, mais pas de tuberculose.

Le 2 décembre, soit dix jours après l'opération, le malade, qui avait paru aller très bien jusqu'alors, est pris de malaises, de vomissements. Dans la journée, l'état s'aggrave brusquement.

Nouvelle laparotomie sous rachi. Les sutures sont enlevées, la plaie désunie doucement. On trouve une anse grêle un peu rouge, accolée à la face profonde de la paroi dans toute son étendue par des adhésions fibrineuses lâches. Le doigt suffit à la décoller et

immédiatement cette anse et celles qui sont en amont se dégonflent et on voit la circulation intestinale se rétablir. On se contente de réséquer un morceau d'épiploon paraissant un peu enflammé, et, après réduction soigneuse des anses, on referme la paroi au fil métallique en un seul plan. Suites excellentes. Guérison.

OBSERVATION LI (résumée).

DUPONT, *Paris chirurgical*, 1921, p. 13.

Fillette de 8 ans, opérée d'urgence, le 30 juin 1920 à la troisième heure, d'une perforation appendiculaire; liquide bouillon sale dans le ventre, pas de cloisonnement, ablation de l'appendice adhérent au niveau de la symphyse sacro-iliaque, enfouissement, drainage, aucun lavage.

Le 6 juillet, apparition de crises douloureuses sans péristaltisme; douleurs persistantes, en dehors des crises, à gauche de l'ombilic. T. 37.

Le 7, état aggravé, vomissements, arrêt complet des matières et des gaz. Opération: par la plaie existante, on attire le grêle; on trouve trois brides: la première à 20 centimètres du cæcum, les deux autres à 50 centimètres l'une de l'autre; plus loin, on tombe sur plusieurs abcès qui agglutinaient les anses. Libération. Lavage à l'éther et réduction. Drainage. Cessation immédiate des accidents.

Le 19, élévation de la température, douleurs, crises comme précédemment, mais pas d'occlusion complète. Le 26, ouverture par voie médiane d'un énorme abcès du Douglas. Lavage à l'éther. Vaccin de Delbet. Guérison.

OBSERVATION LII

MICHON, *Société de chirurgie de Lyon*, 12 mars 1925.

D... (Robert), 4 ans 1/2. Appendicectomie pour appendicite aiguë, le 24 septembre 1924. Drainage et mèches.

Les suites opératoires sont satisfaisantes, mais troublées un peu

par ce fait que l'abdomen reste très météorisé. Des gaz ne sont rendus qu'après un lavement donné le troisième jour.

Le malade est ramené d'urgence à l'hôpital le 12 octobre 1924. L'enfant a eu plusieurs selles spontanées depuis l'appendicectomie, mais il a beaucoup maigri ; l'amaigrissement contraste avec le ballonnement intestinal qui est énorme et a persisté depuis l'intervention. A l'entrée, météorisme considérable. On note des ondes péristaltiques dans la fosse iliaque gauche. L'enfant a vomi plusieurs fois et crie sans arrêt. La plaie opératoire est plane. T. 38 degrés ; pouls, 100.

12 octobre 1924 : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Je trouve les dernières anses grêles congestives et dilatées, unies par des adhérences inflammatoires multiples, formant un bloc dans lequel certaines anses sont manifestement coudées.

Je libère avec précaution la majorité de ces adhérences, mais ce travail est délicat et ne se fait pas sans quelques dégâts de la séreuse et de la musculuse même et la création de zones à suintement hémorragique. Fermeture.

Le résultat obtenu ne me satisfait qu'à moitié, mais j'hésite à faire une iléostomie en raison de l'âge du malade et de son amaigrissement déjà considérable. Cependant, le météorisme persiste ; le malade souffre de colique. Il a eu une selle spontanée.

Le 16 octobre 1924, comme le mieux obtenu n'est pas net, j'interviens pour la troisième fois. Je passe par la partie supérieure de l'incision de laparotomie sous-ombilicale. Immédiatement, je trouve une anse grêle distendue. Je l'accole à la paroi par un surjet au catgut et je perfore l'intestin au thermo. Issue immédiate de gaz et matières liquides. J'introduis une sonde de Nétaton vers l'intestin supérieur.

Suites opératoires parfaites. Cependant, avant de refermer le circulus intestinal, il se produit une invagination de l'intestin : prolapsus du grêle étranglé dans l'orifice d'iléostomie qui nécessite une résection de l'intestin le 17 janvier 1925.

Entérostomie terminino-terminale au bouton de Jaboulay. Guérison.

OBSERVATION LIII

LORENZ, *in* thèse CAUZILLET.

Jeune homme, 17 ans, chez qui, quinze mois auparavant, on avait ouvert un abcès péri-appendiculaire, puis, six semaines plus tard, extirpé l'appendice et qui avait demandé à entrer à l'hôpital pour se faire opérer d'une légère éventration résultant de la première laparotomie.

Le lendemain de son admission, fut pris subitement d'occlusion intestinale; laparotomie d'urgence; le ventre renfermait déjà un exsudat hémorragique et on découvrit une anse grêle, gangrenée, étranglée par une bride allant de la partie terminale de l'iléon au mésentère. Résection de cette partie de l'intestin et du cæcum voisin. Anastomose iléo-colique. Guérison.

OBSERVATION LIV (résumée).

FOUCAULT, thèse Paris, 1924.

M^{me} C... D..., 44 ans.

Appendicectomie avec enfouissement le 9 juin 1923. Un drain dans la fosse iliaque. Fermeture incomplète de la paroi.

Le 10 juin, température à 38 degrés. Pouls à 100. Douleurs dans la fosse iliaque droite calmées par l'application de glace. A 18 heures, T. 38°8. Pouls, 120.

Le 11 juin, T. 38°4. P. 110. État stationnaire. On fait de l'aspiration par le tube de drainage et on ramène quelques gouttes de liquide sanguinolent.

Le 12 juin, P. 132, 140 le soir. T. 39°5 le soir. État général franchement altéré, facies anxieux, traits tirés; douleurs vives dans la fosse iliaque droite. Vomissements verdâtres. Arrêt absolu des gaz et matières depuis l'opération.

Devant ce syndrome, on réintervient. On trouve l'iléon terminal coudé à quelques centimètres du cæcum par une masse fibrineuse

inflammatoire récente qui s'étend du mésentère à la fosse iliaque droite en étranglant l'iléon.

Il est impossible de libérer ces adhérences en totalité. Aussi on réduit la nouvelle intervention à la pose de deux drains dans la fosse iliaque droite et à la création d'un anus artificiel au-dessus de l'obstacle.

Trois semaines après, fermeture de l'anus. Guérison.

OBSERVATION LV

CHEEVER, in thèse FOUCAULT.

Femme de 18 ans, opérée d'appendicite. Appendice adhérent à la paroi pelvienne.

Au sixième jour, occlusion.

On trouve l'iléon adhérent à toute la zone préalablement occupée par l'appendice et coudé à angle aigu au niveau du rebord pelvien.

Libération des adhérences. Mort.

OBSERVATION LVI

Idem.

Femme de 23 ans opérée d'appendicite pelvienne.

Au quatrième jour, occlusion intestinale. On réintervient; l'iléon terminal est fixé à la fosse iliaque et coudé à angle aigu. Libération des adhérences. Mort.

OBSERVATION LVII

CHICKKO, Pétrograd, in thèse FOUCAULT.

Malade de 25 ans. Crise opérée le soir même. Appendice adhérent au cæcum réséqué. Tamponnement de la plaie.

Deuxième jour : Signes d'occlusion.

Fougerat

Sixième jour : On réintervient; l'iléon est adhérent au cæcum et tordu.

Ponction d'une anse et entérostomie sur une autre. Mort.

OBSERVATION LVIII

CHARRIER, *in* thèse CAUZILLET.

Appendicectomie le 31 janvier 1907 par le professeur Lanelongue. Appendice gros et adhérent au cæcum. Suppuration consécutive. Guérison.

Au bout de trois mois, douleurs abdominales par crises avec constipation. Il revient le 16 juin 1907; on sent dans la fosse iliaque un gâteau profond, très dur, d'une consistance ligneuse, sous-jacent à la paroi.

Pendant ce nouveau séjour à l'hôpital, les signes d'occlusion chronique se confirment; les anses grêles se dessinent très nettement au niveau de la région médiane de l'abdomen. Selles noirâtres renfermant du sang, des fibres musculaires. On pense à un néoplasme.

Opération le 10 juillet 1907 devenue urgente, car depuis trois jours, il n'y a pas eu de gaz et les purgatifs sont donnés sans succès. Laparotomie latérale en parenthèses, de façon à exciser largement les lésions; on tombe sur un tissu induré, fibreux, blanchâtre, crétaqué en certains points; il existe de nombreuses adhérences épiploïques. Ansès grêles météorisées. Ponction capillaire. Ablation d'un diverticule de Meckel. Entéro-anastomose du côlon ascendant à l'anse grêle terminale. Suture paroi au fil d'argent. Mort le lendemain.

OBSERVATION LIX (résumée).

SCHNITZLER, *Wien. Klin. Rundschau*, 1900, *in* thèse CAUZILLET.

Docteur M... S..., 33 ans. Appendicectomie le 26 janvier 1898, après trois crises d'appendicite. Appendice épaissi et soulé au grêle, caché sous un réseau d'adhérences épiploïques. Exirpation de

l'appendice et section des adhérences avec quelques ligatures et destruction difficile des adhérences à l'intestin grêle, qui est dénudé de son enveloppe séreuse circulairement sur une longueur de 7 centimètres. Cet endroit est recouvert par l'épiploon qui est fixé par quelques sutures. Drainage avec gaze iodoformée.

Trois semaines après l'opération, le malade rentre chez lui où apparaissent, quatorze jours plus tard, des crises de coliques douloureuses; arrêt des matières et des gaz qui arrivent seulement après lavement. L'appétit a disparu et le malade revient à la maison de santé, le 3-mars 1898, dans un état très bas.

On constate une hypertrophie considérable de la rate (malaria concomitante); en plus, dans le voisinage de l'ombilic, une résistance douloureuse dont la limitation n'est pas possible, par suite de la tension de la paroi. La percussion de cette tuméfaction donne de la matité; tympanisme ailleurs. T. 38 degrés, 38°8. Les selles ne sont obtenues que par des lavements amenant des coliques violentes qui se produisent d'ailleurs sans cela. Péristaltisme non appréciable. L'état du malade baisse continuellement.

Nouvelle laparotomie le 23 mars 1898 : Pendant la chloroformisation on peut palper, commençant sous le foie et nettement séparée de celui-ci, une tumeur qui s'étend à droite jusqu'au-devant de la ligne axillaire, à gauche jusqu'à la ligne para-sternale et descendant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic; tumeur assez dure, bosselée, mate et presque immobile à la palpation et pendant les mouvements respiratoires.

Laparotomie médiane sous-ombilicale : Un peu de sérosité louche de la cavité. Au niveau de la région iléo-cæcale, on rencontre la tunique de l'intestin grêle rouge, hypertrophiée, épaissie et indurée. Sur la ligne médiane, à la limite inférieure de la susdite tumeur, l'épiploon épaissi est adhérent à la paroi abdominale; ces adhérences produisent une coudure de l'intestin; elles sont dures, épaisses, leur section ne paraît guère possible. Entéro-anastomose entre deux anses intestinales et le sommet de ces deux anses est fixé à la plaie.

Les coliques deviennent plus rares, les lavements amènent des selles. On ouvre le sommet des anses intestinales.

On note une diminution de la tumeur, la disparition des coliques

et l'émission spontanée des selles ainsi que la fermeture de la fistule.
Sort guéri, la tumeur ayant disparu complètement, le 28 mai 1898.

OBSERVATION LX (inédite).

Due à l'obligeance de M. le professeur CHAVANNAZ et du docteur A. PEYRE.

Appendicite à rechutes. Appendicectomie avec drainage à la Mickulicz au moment d'une crise aiguë. Occlusion intestinale le 18^e jour. Iléostomie.

X... (Victorine), 38 ans, religieuse sécularisée. Plusieurs crises durant trois ans, crises avec violente douleur abdominale, fièvre, vomissements. Ces crises sont étiquetées par elle crises d'estomac. Les crises vont en se rapprochant, lorsqu'en novembre 1922, M. le professeur Chavannaz la voit par hasard à la maison de santé, au moment d'une de ses crises. Il diagnostique aussitôt une crise d'appendicite et fait mettre la malade au repos complet, avec glace sur l'abdomen et diète absolue.

Au bout de huit semaines de refroidissement, on va l'opérer, lorsqu'une nouvelle poussée aiguë se produit.

Sur-le-champ, on l'opère le 10 janvier 1923. Incision de Jalaguier. Appendice enfoui dans la paroi postéro-externe du cæcum, très difficile à libérer, avec un petit foyer purulent; il est scléreux et a été le siège certain de nombreuses poussées inflammatoires antérieures. Décollement du cæcum adhérent. Appendicectomie avec enfouissement; on installe un drainage à la Mickulicz. Fermeture avec deux fils d'argent profonds.

Au bout de huit jours, les mèches ayant été retirées peu à peu, on enlève le sac de gaze. Tout va bien; la plaie se cicatrise. La patiente a eu de nombreuses selles spontanées et commence à s'alimenter. Elle va se lever, lorsque brusquement, dans la nuit du 29 au 30 janvier 1923, elle est prise d'une violente douleur abdominale.

Le lendemain, son ventre est ballonné, la douleur persiste, avec maximum dans la fosse iliaque droite; la malade a la sensation que les gaz ne peuvent plus passer, elle voudrait bien aller à la selle pour

se soulager, mais c'est en vain. Son abdomen se météorise, elle a la sensation d'un « étouffement intérieur », dit-elle. En même temps, coliques violentes par crises, avec gargouillements sonores dans l'abdomen : mouvements péristaltiques évidents; les anses se devinent sous la paroi. Pas de fièvre.

On met une sonde à demeure dans le rectum, mais en vain.

Cet état dure quarante-huit heures et va en empirant; le poulx devient petit; la malade semble perdue.

Le 1^{er} février, réintervention. On ouvre la cicatrice d'appendicectomie. On tombe sur un magma d'anses grêles agglutinées dans la fosse iliaque droite, au niveau du Mickulicz. Anses coudées en canon de fusil. On se met à libérer ces adhérences, on y arrive à grand' peine; les tuniques intestinales ne semblent pas avoir trop souffert. On fait une iléostomie sur l'iléon terminal. Évacuation d'une quantité assez notable de liquide intestinal.

Anesthésie somnoforme et éther. Malade très faible durant l'opération; le poulx n'est plus perceptible.

Cependant la malade supporte l'intervention (T. 37°5) et se remet complètement.

L'opérée garde un anus artificiel à orifice cutané grand comme une pièce de 5 francs, aussi le 6 juin on réintervient pour le fermer. Opération sans ouverture du péritoine. On trouve un petit abcès pariétal en débridant. Catgut chromé sur la muqueuse. Points de Connel. Autoplastie par glissement avec crins totaux. Fermeture. Mais le cinquième jour la fistule se rétablit et a seulement diminué.

Le 17 septembre 1923, nouvel essai de fermeture, nouvel échec. On ne réussit qu'à rétrécir l'orifice cutané.

Enfin le 25 avril 1924, nouvelle cure radicale toujours sans ouverture péritonéale. Catgut chromé en surjet sur la muqueuse. Fermeture. Guérison complète.

Depuis, la malade va très bien et a engraisié dans de notables proportions. En novembre 1925, au moment où nous la voyons pour la dernière fois, son intestin fonctionne chaque jour régulièrement. Elle conserve seulement, dit-elle, l'impression d'un léger obstacle dans la région de la cicatrice lorsque les gaz veulent passer.

CHAPITRE III

Anatomo-pathologie et pathogénie.

Parcourant nos 60 observations, nous voyons que toujours l'appendicectomie a été faite pour appendicite banale : aiguë ou subaiguë (car il est bien entendu que nous laissons de côté l'appendicite tuberculeuse et ses complications) et nous trouvons que les causes de cet iléus mécanique après appendicectomie peuvent être par ordre de fréquence :

- Par adhérences, 27 cas ;
- { Par brides, 23 cas ;
- { Avec torsion d'anse, 4 cas ; }
- { Par volvulus, 2 cas ; }
- Par abcès, 2 cas ;
- Sans cause, 2 cas.

Étudions par ordre chacun de ces différents facteurs étiologiques.

A. — Adhérences avec coudure.

Bérard et Vignard, sur 63 cas tirés des auteurs allemands, en trouvent :

16 cas sur 63 (4 sur 24, Körte ; 4 sur 8, Rotter).

Toute appendicite dit, par l'anatomie même du vermis, péritonite.

Cette réaction péritonéale, qui est une réaction de défense de l'organisme contre l'infection voisine se traduit par la formation d'adhérences.

Talamon a depuis longtemps fait remarquer que l'intervention pratiquée dès le début d'une appendicite, même légère, permet de constater du dépoli de la séreuse et des adhérences molles de l'appendice avec les parties ambiantes. Broca, dans l'une de ses cliniques, insiste sur la rapidité avec laquelle se développent ces adhérences.

Cette réaction du péritoine, qui se manifeste parfois avec grands fracas dans les accidents aigus, est connue depuis longtemps : la vieille pérityphlite. La péritonite de l'appendice, dit Terrier, est une péritonite adhésive. C'est cette réaction de la séreuse qui amène la réunion et la soudure entre elles et au cæcum de plusieurs anses intestinales et même des organes voisins : les annexes, la paroi, l'épiploon. Elle aboutit aussi à constituer, au bout de plusieurs mois et de plusieurs années, cette agrégation péri-cæcale et péri-iléale d'origine appendiculaire pouvant donner lieu à des accidents dans la suite d'une appendicectomie.

Les tissus de néoformation une fois constitués ont une tendance à se transformer en tissu fibro-graisseux et sont susceptibles de se rétracter. Ce sont des adhérences de ce genre qui se produisent à la suite d'une appendicite aiguë ou subaiguë avec péri-appendicite plastique ou bien au cours d'une appendicite chronique d'emblée.

Le plus souvent, l'appendice lui-même participe à ce processus de néoformation ; il s'accole aux organes voisins dans lesquels il faut parfois le sculpter pour l'extraire ; d'autres fois même, il peut adhérer par sa pointe à un endroit quelconque du péritoine, formant ainsi lui-même une véritable bride sur laquelle l'intestin peut venir se coucher ; des cas de ce genre ont été rapportés fréquemment (V. thèse Lamy), mais ils ne nous intéressent pas ici.

Il peut arriver que dans un tel cas, on vienne à extirper un de ces appendices ; on oublie d'examiner le voisinage. L'opération en sa technique est souvent des plus faciles, mais les suites laissent à désirer ; les adhérences existent toujours ; elles survivent à l'appendice ; elles vont continuer à s'organiser peu à

à peu, elles vont couder l'intestin, favorisant l'occlusion qui va contrarier une convalescence que tout faisait prévoir excellente.

Et ces adhérences, cause de l'occlusion, peuvent se présenter de façons fort diverses.

Le plus souvent, la laparotomie secondaire fait voir un magma d'anses grêles agglomérées, coudées à angle aigu, par suite de la rétraction des adhérences qui se sclérosent.

C'est ainsi que Marion, chez un homme opéré antérieurement d'appendicite, voit « toutes les anses accolées les unes aux autres, coudées, comprimées, sans espoir de libération possible ».

D'autres fois, les adhérences sont moins étendues ; une seule anse grêle est touchée ; ses deux branches sont accolées en canons de fusil (Obs. XXXIX). « Ouvrant le péritoine, on tombe sur un magma d'adhérences ; au milieu de ces adhérences, le grêle est coudé en canon de fusil à sa terminaison ; on libère cette anse grêle avec difficulté. D'autres anses grêles du voisinage sont venues s'appliquer par leur convexité et se couder sur le foyer inflammatoire de l'ancienne appendicite. »

Parfois l'intestin peut être uni par des adhérences à la paroi ; ces adhérences l'accolent intimement à cette paroi en un lieu qui a été irrité, notamment souvent au niveau de l'ancienne cicatrice d'appendicectomie ; le péritoine, souillé en cet endroit, a réagi, s'est enflammé et s'est accolé au péritoine viscéral d'une façon définitive (Obs. XLI) « L'obstruction est causée par une anse grêle très fortement adhérente au péritoine pariétal juste derrière la vieille incision. La longueur de la partie adhérente avait environ 6 centimètres de long et c'était le bord convexe du grêle suivant le sens longitudinal qui était adhérent sur cette longueur. »

L'intestin grêle peut encore aller se souder au cæcum, comme on le voit dans l'observation de Hawkes (Obs. XV), où une anse grêle tordue fut trouvée adhérente au côté interne du cæcum coudant l'intestin par sa torsion.

Une autre observation nous fait voir que parfois l'iléon peut

aller se fixer au moignon appendiculaire (Obs. de Stultz). « Les dernières anses iléales sont le plus dilatées; elles sont tapissées d'un mince enduit fibrineux. La région iléo-cæcale découverte, on voit que la dernière portion de l'iléon est venue adhérer par sa face libre au fond cæcal, à l'endroit du moignon appendiculaire. L'anse grêle est soudée et bridée par une adhérence large de 2 centimètres qui s'étend du cæcum au mésentère iléal sur la face antérieure. »

Notons en passant que l'épiploon vient le plus souvent participer à ce travail d'adhérences, car, vigilant gardien de l'intégrité intestinale, dès que le péritoine est en danger, il vient pour le protéger. Aussi ne nous étonnons pas de le voir le plus souvent se mêler aux anses grêles et à la paroi et former un véritable gâteau d'épiploïte plastique, parfois pris pour une tumeur (Obs. LVIII).

B. — Les brides.

Aussi fréquemment que les adhérences, les brides peuvent être agents d'occlusion postopératoire; pour nous, 23 fois sur 60, nous notons la présence de brides :

Rotter, 4 fois sur 8;

Körte, 18 fois sur 24.

Souvent même, brides et adhérences coexistent, unissant leurs méfaits contre le pauvre grêle, car il est à noter que c'est presque toujours le grêle terminal, l'iléon, qui est le siège de ces occlusions postopératoires. Parfois cependant, l'occlusion peut siéger sur le cæcum (Obs. II et XXIII).

L'origine de ces brides est la même que pour les adhérences : la péritonite. Souvent même, avec le temps, il y a transformation des adhérences en brides par un processus de sclérose et d'organisation. Les membranes de néoformation, lâches, flasques, molles à leur origine, se transforment en tractus fibreux, s'étirent en véritables cordes, étroites, persistantes, sur

lesquelles l'intestin vient se couder, s'étrangler. « Il est actuellement connu de tout le monde, écrivait Broca dès 1902, qu'une péritonite antérieure est, par les brides qu'elle laisse parfois après elle dans la cavité péritonéale, une des causes habituelles de l'occlusion intestinale aiguë. Personne n'a donc été surpris quand on a constaté qu'il n'était pas rare de voir l'occlusion survenir chez des malades ayant souffert récemment ou autrefois d'une appendicite aiguë ou chronique, opérée ou non opérée. »

Dix ans plus tard, Lenormant écrit : « La bride qui écrase l'intestin est, le plus souvent, un reliquat de péritonite, parfois une adhérence épiploïque. »

L'épiploon, en effet, doit être considéré comme le grand producteur de brides, il s'entend de l'épiploon ayant été enflammé, ayant été atteint de cette épiploïte sur laquelle Walther a tant insisté au Congrès de chirurgie de 1911 : « C'est la série des brides péri-intestinales, dit-il, le plus souvent formées aux dépens de l'épiploon lui-même et qui peuvent s'échelonner, sous formes d'anneaux, de brides isolées, ou se confondre en un cylindre, véritable tunnel qui étreint une longueur plus ou moins grande d'intestin. »

Harrigan (de New-York) incrimine aussi ce rôle néfaste de l'épiploon : « Je mentionne particulièrement le rôle joué par l'épiploon. L'épiploon, gardien du square péritonéal, vu sa nature migratrice, peut contracter une adhérence solide avec un viscère, surtout l'intestin ou l'utérus, produisant comme résultat une bride, un pont au-dessus ou au-dessous duquel une anse intestinale peut s'étrangler. Si l'épiploon est lâche ou relâché, l'occlusion intestinale ne se produit pas. Par contre, si l'épiploon pour une cause quelconque devient tendu, par exemple par l'élévation du côlon transverse ou par une torsion ou un nœud sur lui-même, il joue le rôle d'une bande étroitement tendue sur la surface des anses intestinales. Quand l'occlusion joue par intermittence, il résulte, secondairement à l'étranglement, une transsudation dans la cavité péritonéale. Une bride d'épiploon, pour raisons purement anatomiques, est

plus propre à étrangler le petit que le gros intestin. L'histoire d'une opération abdominale antérieure ajoute un élément de plus. »

Les dispositions anatomiques de ces brides peuvent être des plus variées :

Le plus souvent, simple bride serrant l'iléon terminal.

Broca (Obs. III) : « Ma main sentit dans la fosse iliaque droite la jonction entre les anses distendues et les anses affaissées. Tout fut amené au dehors sur des compresses et je vis qu'une bride serrait l'iléon à sa jonction avec le cæcum. »

D'autres fois, la bride peut couder deux anses en canons de fusil. « Dans la fosse iliaque, la laparotomie permit de trouver une anse grêle coudée en U par une double bride du bord mésentérique. »

Dans une observation de Vuilliet, nous trouvons l'iléon fortement dilaté et coudé à angle aigu, fixé par une bride à quelques millimètres de son abouchement dans le cæcum. Cette bride s'insère par son extrémité fixe au bord libre de l'intestin ; elle passe sur lui, puis s'étale en éventail et va se perdre vers la racine du mésentère.

Cette bride enserrant l'intestin peut être très résistante ; l'étranglement était si solide, lisons-nous dans une observation de Rüge, que les deux bouts de la bride, au moment de la libération, sautèrent avec un claquement sec.

« On trouve une bride épiploïque, écrit ailleurs Huguier, passant entre le cæcum et la face antérieure de la terminaison du grêle, bride du volume du doigt qui se dirige en bas et en dehors. »

Parfois, disposition bizarre, véritable lacet, « bride tendue entre les deux branches d'une anse, la bride et le mésentère déterminent la formation d'un anneau dans lequel le sommet de l'anse grêle venait s'étrangler par voie rétrograde ».

La bride peut être tendue entre l'épiploon et le moignon appendiculaire.

« On trouve l'épiploon attiré en bas et à droite et fortement adhérent au moignon de l'appendice ; cette corde épiploïque

comprime l'iléon à 2 centimètres de la valvule iléo-cæcale.

Dans d'autres cas, c'est vers la paroi que se dirige la bride, « une bride longue de 2 pouces $1/2$ et de $3/4$ de pouce d'épaisseur passait entre le cæcum et le péritoine pariétal; l'iléon était étranglé par cette bride » (Harrigan).

Ou bien la bride peut serrer l'intestin contre la paroi abdominale. « A l'ouverture, les anses intestinales apparaissent congestionnées. On sent dans la fosse iliaque droite un obstacle. Il s'agit d'une masse intestinale contenant environ 30 centimètres d'intestin; elle bascule par-dessus une bride très résistante qui l'enserme contre la paroi antérieure du petit bassin. Au niveau de la bride, les deux anses intestinales sont tordues l'une sur l'autre et l'étranglement est extrêmement serré au point de rendre difficile l'introduction de la sonde cannelée pour sectionner la bride » (Mordret).

Dans un autre cas, il s'agissait d'une bride longue de plus de 10 centimètres, tendue entre la région de la fosse iliaque droite et le mésocôlon pelvien. Cette bride, épaisse comme une plume de poulet, étranglait une anse grêle. Enfin, parfois la bride peut s'attacher au niveau de la cicatrice d'appendicectomie comme il arriva chez cette malade d'Harrigan chez qui, à la laparotomie secondaire, on trouva une mince bride qui allait du péritoine pariétal dans la région de la cicatrice, en haut et en dedans vers le bord convexe d'une anse intestinale. Cette bride comprimait et obstruait complètement une seconde anse intestinale.

Il faut noter aussi que ces brides peuvent être multiples et on risque, tout en opérant, de ne pas les reconnaître toutes; chez un de ses malades, Körti trouve et sectionne une bride; les accidents n'en continuent pas moins et l'autopsie en révèle une seconde qui était passée inaperçue. Chez un de ses opérés, Dupont trouva trois brides étagées successivement sur l'iléon terminal.

Bride de Lane. — Sir A. Lane, dans son mémoire de 1910, parle d'une disposition anatomique, fréquente, à son dire, sié-

geant sur le segment terminal de l'iléon, à environ 5 centimètres de la valvule iléo cæcale et telle qu'à son niveau l'iléon dessine un angle à sommet supérieur, parfois un angle à sommet inférieur; enfin, dans certains cas, une double coudure...

Les coudures en V ouvert en haut ou en bas sont causées par un « ligament iléal » qui se développe entre la face postérieure de l'iléon d'une part, le péritoine pariétal iliaque et le mésentère d'autre part.

Que la nature de cette bride soit d'origine congénitale, mécanique ou inflammatoire, peu nous importe; les discussions à ce sujet sont nombreuses; nous ne citons que la dernière en date: le rapport de P. Descomps à la Société nationale de chirurgie, le 20 mai 1925.

Mais que sous l'influence de l'inflammation péritonéale, ce ligament iléal se rétracte, devienne rigide, attire l'intestin en bas ou en haut et ferme les deux branches du V, l'occlusion peut se produire par coudure de l'intestin, favorisée au second plan par l'état plus ou moins atonique des tuniques intestinales.

Le processus bizarre d'iléus est très rare; cependant, le chirurgien anglais Rayner en signale 1 cas en 1924. « A la laparotomie, écrit-il, distension marquée de l'intestin grêle, surtout du jéjuno-iléon; l'occlusion siège sur la partie inférieure de l'iléon et est due à une angulation produite par un ligament iléal bien marqué. La distension cesse brutalement au niveau du ligament iléal. »

Nous tenons à signaler cette opinion d'un auteur anglais, mais la plupart des chirurgiens français, Lardennois en tête, ne voudraient voir en ce « ligament iléal » qu'une adhérence-bride d'origine inflammatoire d'un type particulier.

C. — Le volvulus.

Moins fréquemment, l'occlusion postopératoire peut être due à un volvulus: 10 cas sur 65 dans la statistique de Bérard; nous-même avons noté dans nos observations 6 cas de volvulus, dont 4 cas de volvulus partiel et 2 cas de volvulus total.

Les brides créées par l'inflammation appendiculaire dans la cavité péritonéale peuvent jouer parfois le rôle de barre fixe sur laquelle, pour une cause quelconque, l'intestin, en partie ou en totalité, vient se tordre produisant alors un volvulus.

Qu'il nous soit permis de citer ici une observation fort instructive à ce sujet (Barthe, *Semaine médicale*, 23 août 1902) :

Mort d'un volvulus causé par appendicite non opérée. « Abdomen renferme une petite quantité de liquide, rosé, légèrement louche; la masse intestinale fortement distendue est rouge et injectée, recouverte par place de pseudo-membranes fibrineuses, peu abondantes. De plus, l'intestin présente un déplacement extraordinaire et qu'on a peine à s'expliquer d'abord; le cæcum, d'un volume énorme et renversé sur lui-même, occupe la partie supérieure gauche du ventre et l'appendice fortement tuméfié est en contact immédiat avec le foie (lobe gauche); le côlon ascendant, dont la direction est devenue descendante, suit le trajet qui appartient normalement au côlon descendant; le côlon transverse et fortement tordu sur son axe est caché dans la fosse iliaque gauche, ainsi que le côlon descendant rétracté. Toute la partie droite de la cavité abdominale est occupée par les anses distendues de l'intestin grêle. En soulevant le cæcum et le côlon qui lui fait suite, on reconnaît la cause de cette dislocation. C'est une bride épiploïque qui part de la portion moyenne du côlon transverse et dont l'extrémité s'insère par des adhérences solides, fibreuses et manifestement anciennes à la paroi de la fosse iliaque droite dans la région obturatrice. Cette bride fortement tendue constitue une sorte de pont sur lequel, à la suite de la torsion du côlon sur lui-même, a passé une grande partie du grêle. »

En elle-même, cette observation ne rentre pas dans le cadre de notre travail, car il n'y a pas eu appendicectomie, mais cependant discutons la. D'abord l'opinion de l'opérateur.

« En somme, dit Barthe, il s'agit d'un véritable volvulus du gros intestin compliqué d'étranglement interne par bride épiploïque et de péritonite aiguë généralisée. Cette bride épiploïque ancienne résultait d'une crise antérieure d'appendicite (il y avait trois ans) qui avait déterminé des adhérences dont l'une

avait fixé le bord libre du grand épiploon à la fosse iliaque en créant une bride dangereuse. Le 6 mars, une nouvelle crise d'appendicite amenant des contractions spasmodiques de l'intestin a provoqué la torsion du côlon sur lui-même et son étranglement, d'où occlusion intestinale mortelle. »

Que par une simple petite incision, on se soit borné à enlever cet appendice, la première crise aiguë une fois passée, l'adhérence épiploïque était ignorée, laissant la possibilité du volvulus futur, de la laparotomie secondaire, mais ceci n'est qu'une hypothèse et peut-être l'appendice enlevé, la seconde crise ayant déterminé sans doute le volvulus par suite des contractions spasmodiques ne se serait pas produite ?

Quoi qu'il en soit, après l'appendicectomie, un volvulus peut se produire, créant une occlusion brutale ; témoin cette observation de Lenormant, tout à fait extraordinaire et où l'agent du volvulus est causé par une anse grêle fixée à la paroi abdominale par suite d'adhérences. « Chez une petite malade opérée pour appendicite, il y a deux ans, à l'opération je trouvai deux anses grêles adhérentes à la cicatrice de l'ancienne opération, coudées à angle aigu et tendues comme des cordes ; autour de l'une de ces cordes la partie terminale de l'intestin grêle s'était enroulée. L'intestin une fois détordu la circulation intestinale se rétablit aussitôt. »

Ces sortes d'iléus par volvulus après appendicectomie sont peu fréquents ; cependant dans la littérature médicale on en trouve quelques-uns : Williams, Sprengel, Martins ont décrit des cas de volvulus autour d'une adhérence avant Lenormant. Depuis, Laroyenne (de Lyon) en a observé un autre cas. Dans le *Lyon chirurgical* du 13 mai 1924, il cite le cas d'un volvulus partiel du grêle après une appendicectomie remontant à huit mois. « A l'ouverture du péritoine, écrit-il, il s'échappe un flot abondant de liquide séro hématique. On sent à l'entrée du bassin un paquet d'anses dures, figées, qu'on extériorise avec quelque peine ; elles sont noires, insérées à un mésentère extrêmement congestionné, épais, renfermant des ganglions volumineux. Aucun sillon d'étranglement n'apparaît sur elles ; leur

longueur est estimée à 1^m30 environ. On remarque une adhérence insignifiante en un point et une zone de dépéritonisation au niveau de l'anse la plus voisine du cæcum. Celui-ci est sain et n'a plus d'appendice. On pense à un volvulus partiel du grêle et on détord l'intestin malade dans un sens qui, n'ayant pas été noté *illico*, a été oublié par la suite. Guérison. »

Ici, la cause intime du volvulus est incertaine. Pourquoi cet intestin s'est-il tordu ? Mystère ! Changement brusque de position peut-être ou bien mouvements péristaltiques de l'intestin plus énergiques que de coutume.

D. — Abscès.

Autre mode d'occlusion, peu fréquent celui-là ; nous n'en avons trouvé que deux cas dans la littérature médicale. A la suite d'une appendicite aiguë, opérée ou non opérée, par suite de la propagation de l'infection, il peut parfois se développer entre les anses agglutinées des abcès, des collections purulentes. Alors que les adhérences ne gênaient en rien le circulus intestinal, ces collections, en augmentant de volume, compriment peu à peu la paroi de l'intestin et peuvent finir par provoquer l'occlusion, comme cela arriva dans un cas que cite Dupont, *Paris chirurgical*, 1921 : « On tombe sur plusieurs abcès qui agglutinent les anses provoquant l'occlusion. Drainage. Cessation immédiate des accidents. De plus, un énorme abcès pelvien secondaire se produisit douze jours après et nécessita une réouverture. Cet abcès pelvien provoquait l'occlusion. »

A ce sujet, voici ce que pense l'auteur : « L'abcès secondaire, par son volume seul, peut avoir une action sur le fonctionnement du tube digestif. Nous l'avons vu chez notre malade ; l'énorme abcès pelvien avait suffi à amener un état d'occlusion ou mieux d'obstruction inquiétant. L'abcès peut agir autrement que par compression. En effet, dans le cas où il siège entre les anses intestinales, il les accole l'une à l'autre, et au fur et à mesure que se produit le pus, la gêne intestinale devient plus

forte et les adhérences plus grandes. Dans les deux cas, le facteur parésie, au contact d'un foyer suppuré, jette sa note et cause l'occlusion. L'abcès comme cause d'occlusion est rare, beaucoup plus souvent autre étiologie. »

Pour Rayner il serait aussi possible que les accidents d'occlusion se produisent seulement une fois la collection purulente vidée, par organisation et rétraction secondaire des parois de l'abcès, cette rétraction des parois provoquant la coudure des anses intestinales adhérentes.

E. — Mauvaise reposition de l'intestin.

Dans deux de nos observations, ce mécanisme est invoqué, mécanisme assez particulier où, à la question coudure intestinale, s'ajoute, à coup sûr, l'agent de parésie et d'atonie.

La première en date remonte en 1895 et est due à Schwartz. Chez un opéré d'appendicectomie, il est obligé d'intervenir pour accidents d'occlusion aiguë le surlendemain; le simple fait de rouvrir l'incision et de drainer à la gaze, tout cesse. Aussi conclut-il : « Étranglement par torsion d'une anse que la deuxième opération aurait remise en place sans qu'il s'en soit aperçu. »

L'autre observation est due à Oudard (de Toulon). Chez un matelot du *Waldeck-Rousseau* appendicectomisé à froid, il est obligé de réintervenir après quarante-huit heures pour iléus. « Réouverture de la plaie opératoire. Les anses grêles sont très distendues, pas de liquide dans le péritoine. En soulevant le cæcum, on s'aperçoit que l'iléon, près de sa terminaison, est coudé. On le redresse, les gaz passent brusquement dans le cæcum. Reposition soigneuse des anses grêles. Suites simples. »

Puis il ajoute : « J'incrimine dans mon observation une reposition défectueuse du cæcum et de l'iléon après appendicectomie. J'exécute donc maintenant ce temps avec le plus grand soin, exigeant le silence abdominal, me donnant assez de jour pour m'assurer que toutes les adhérences sont libérées, que l'iléon débouche normalement dans le cæcum remis en place, que les gaz passent. »

Ici, il n'est nullement question de brides ou d'adhérences; l'intestin a été remis en vrac dans l'abdomen, tout tordu; il n'a pas assez de force pour se détordre par lui-même; l'élément parésie semble jouer ici un aussi grand rôle que l'élément coudure.

De plus, certains chirurgiens, même pour opérer une simple appendicite et pour ne pas être gênés par les anses grêles, emploient la position de Trendelenburg; il semble qu'elle puisse favoriser les accidents d'occlusion provoquant des coudures ou des positions anormales de l'intestin.

A ce sujet, M. Reynes, dans sa communication au XXV^e Congrès de chirurgie, attire l'attention sur ce fait que la position de Trendelenburg « réalise dans un ventre ouvert une situation tout à fait anormale du contenu abdominal et dangereuse évidemment pour le bon ordre des anses intestinales. Projetées au hasard de la pesanteur et du degré d'inclinaison vers la coupole diaphragmatique comprimant foie et côlon, ces anses sont encore manipulées, touchées, remuées par les mains ou les compressees au détriment de leur situation normale.

» A la fin de l'opération l'opéré est remis en position horizontale souvent très vite, quelquefois très brusquement. Or, dans ce rapide changement, les anses viennent se précipiter à tout hasard dans la cavité pelvienne.

» On conçoit que la présence anormale d'une adhérence intestinale, d'une bride iléale, pourra, dans ces conditions, provoquer une coudure ou l'aggraver si elle existait déjà. »

A la fin de ce chapitre, qu'il nous soit permis de noter les cas exceptionnels signalés par Körte, par Le Jenetil, où la cause d'iléus mécanique était une compression de l'intestin grêle par une tumeur inflammatoire développée autour de calculs stercoraux ou une sténose cicatricielle iléo-cæcale.

CHAPITRE IV

Formes cliniques et symptomatologie.

Prenons nos 60 observations et notons le temps qui s'écoule entre l'opération d'appendicectomie et le moment où apparaît l'occlusion nécessitant la réopération. Nous trouvons :

- Au bout de vingt-quatre heures, 1 ;
- Au bout de quarante-huit heures, 2 ;
- Au bout de quatre à huit jours, 7 ;
- Au bout de huit à onze jours, 7 ;
- Au bout de quinze à trente jours, 8.

Au maximum, la convalescence de l'appendicectomie ne durant pas plus d'un mois, toutes ces occlusions postopératoires nous les appellerons *précoces*, par rapport à celles arrivant après un mois que nous nommerons *tardives*, suivant en cela la classification qu'ont bien établie Bérard et Vignard et qu'après eux a adoptée Rayner.

Pour ces occlusions tardives, notons les résultats obtenus par nos recherches :

- De un à quatre mois, 3 ;
- De cinq à six mois, 7 ;
- De six à douze mois, 5 ;
- De un an à deux ans, 7 ;
- Plus de deux ans, 4 ;
- Treize ans, 1 ;
- Quatorze ans, 1

Nous voyons d'après cela qu'il peut exister des occlusions postopératoires très tardives, alors que le souvenir de l'ancienne appendicite est même passé de la mémoire.

Occlusions précoces et occlusions tardives ont une allure clinique particulière; nous allons les étudier séparément.

I. — Occlusions postopératoires précoces.

Ce sont celles survenant peu après l'opération, troublant gravement la convalescence de l'appendicectomie.

Ici, deux cas différents peuvent se présenter :

Ou bien, durant les jours qui suivent l'opération, le patient ne se remet pas, il va mal, il est agité, son ventre est météorisé et n'a aucune évacuation appréciable;

Ou bien il existe une bonne période de bien-être, d'évacuations normales, qui peut durer huit à quinze jours; puis, brusquement, les symptômes d'occlusion s'installent alors que rien ne les faisait prévoir.

D'où deux grandes classes d'occlusions postopératoires précoces :

a) Les occlusions postopératoires primitives ou amorcées avant l'opération;

b) Les occlusions postopératoires précoces secondaires.

A. — Occlusions postopératoires primitives.

Extrêmement rares.

Nombreux sont les cas de crises appendiculaires simulant une occlusion intestinale. Il existe des appendicites à tendances occlusives ayant une symptomatologie particulière. Cette tendance occlusive peut se manifester d'emblée; elle peut troubler l'évolution de la crise; elle peut aussi n'apparaître franchement qu'après l'opération.

« Parfois l'occlusion existait déjà à l'état subaigu au moment de l'intervention, qui n'en a pas eu raison, soit parce que l'on s'est borné à l'ouverture d'un abcès, soit parce qu'on a fait la

résection de l'appendice sans examen direct des anses voisines, soit parce que cette exploration des lésions de voisinage n'a pas porté jusqu'au siège de l'obstacle. » (Berard).

Au point de vue clinique, ce qu'il faut retenir c'est l'insidiosité du début des accidents, la difficulté du diagnostic et la rapidité d'évolution des accidents.

On met ces accidents sur le compte de la paralysie réflexe : c'est une atonie intestinale passagère, dit-on, d'origine péritonéale ; on se laisse bercer par ce diagnostic ; mais ce n'est pas tout. Certes, il existe toujours un certain degré de paresse due aux manipulations de la séreuse, au degré plus ou moins accentué de péritonite, mais avec cela, il existe des causes mécaniques qui ne vont pas s'évanouir comme les causes physiologiques et qui vont accentuer rapidement les phénomènes d'occlusion ; en somme, iléus mixte, peut-on dire, mais dans lequel l'agent mécanique jette une note de gravité.

« Elle s'installe sournoisement, ses premières manifestations sont masquées sous des apparences d'autant plus trompeuses que l'opération ne remonte qu'à quelques heures ; on hésite, on ne veut pas y croire et la marche des accidents est parfois si rapide que c'est tout au plus si on a le temps d'en arrêter l'évolution par une intervention souvent insuffisante et trop tardive. » (Legueu).

« Les symptômes de cette grave complication ne sont pas assez typiques, assez révélateurs, pour permettre, dès le début, un diagnostic formel qui comporterait alors une invitation prompte à une opération encore opportune. Malgré toute la correction de l'appendicectomie la mieux dirigée et la mieux exécutée, cette redoutable occlusion peut s'installer insidieusement ; nous sommes ainsi amené à laisser passer l'heure, brève et courte, où une deuxième intervention, pour si grave et si pénible qu'elle soit, tant pour les malades et leurs familles que pour le chirurgien, aurait des chances de succès. On pense d'abord à une simple constipation ou à une obstruction inoffensive due à ces parésies intestinales si fréquentes après les laparotomies. Plus tard, devant la persistance des signes d'arrêt de la circulation

intestinale, devant l'aggravation rapide de l'état général, le diagnostic d'occlusion s'impose, mais il est trop tard ; il n'y a pas de transition dans les étapes de cet accident ; à une période sournoise et indécise succède brusquement la période où le mal se manifeste alors que tout est perdu » (Reynès).

En somme, ce qui est difficile à apprécier, c'est la limite qui sépare les phénomènes inhibitoires immédiats après l'opération des troubles résultant d'une occlusion en train de se constituer (Adenot).

Le début est donc tout à fait insidieux, marqué pendant les quarante-huit premières heures par les symptômes habituels de la parésie intestinale postopératoire : vomissements (durant plus longtemps que ceux suivant ordinairement la narcose), absence d'émission de gaz et coliques intestinales.

A la quarante-huitième heure, le tableau s'accroît et le plus souvent l'attention est attirée par l'absence persistante d'émission de gaz par l'anus, par le météorisme, par l'altération du facies qui devient anxieux, du pouls qui grimpe alors que la température ne s'élève pas trop.

On donne alors un lavement qui ramène quelques matières durcies, quelques gaz ; on se rassure, mais ce symptôme est trompeur ; il n'a fait qu'autoriser la temporisation et il a permis de repousser l'idée d'une réintervention, alors qu'il en était encore temps. Il s'agissait ici de la vidange du gros intestin, un second lavement « revient clair », comme disent les Anglais, le gros intestin étant propre.

Puis, nombreux renvois gazeux précédant les vomissements terminaux, verdâtres, non fécaloïdes ; le hoquet s'installe ; météorisme abdominal à maximum ombilical, sans péristaltisme net. Puis, le troisième jour, apparaissent rapidement les signes de toxémie. L'état de dépression et de collapsus fait d'heure en heure de rapides progrès : la partie semble perdue, le facies s'altère, les traits sont tirés, le nez est pincé. Douleurs vives dans tout l'abdomen ; coliques à point de départ dans la fosse iliaque droite ; vomissements verdâtres ; le pouls s'accélère toujours, monte à 150, alors que la température ne bouge pas. Si, à ce

moment, on ne joue pas le tout pour le tout, si l'on ne réopère pas, le pouls devient incomptable, alors que le malade déclare aller mieux et ne plus souffrir, et la mort survient très rapidement au quatrième jour, sans que les vomissements fécaloïdes soient apparus, sans que le lavage d'estomac ni le traitement médical soient parvenus à soulager le malade.

Tel est le tableau tragique de ces occlusions postopératoires primitives dont la gravité vient de ce fait que leur symptomatologie est plus trompeuse que tout autre, que leur diagnostic est très difficile et que leur évolution est très rapide.

B. — Occlusions postopératoires précoces secondaires.

Plus fréquente est cette catégorie d'occlusions précoces que nous appellerons secondaires, car elles sont séparées de l'opération d'appendicectomie par une période de bon état général ; « le patient va d'une manière exquise » (Hawkes) ; il devient apyrétique, les selles sont régulières, puis vers le neuvième jour apparaissent les accidents d'occlusions. Huguier insiste sur cette date du neuvième jour, lequel pour lui correspond à la chute des escarres du moignon appendiculaire.

« Les obstructions postopératoires précoces, sans obstruction préalable, dit Bérard, apparaissent habituellement dans la semaine, plus rarement dans la quinzaine qui suit l'opération. Quand l'occlusion s'installe un peu plus tard, après le rétablissement temporaire du cours des matières et des gaz, il peut s'agir ou bien de la coudure progressive des anses autour de petits foyers suppurés inclus entre elles, et alors en même temps que les accidents mécaniques on note d'ordinaire une poussée thermique plus ou moins marquée, ou bien ce sont encore des adhérences créées par les drains et surtout par les mèches qui continuent à se développer, à se consolider après l'ablation de ceux-ci et qui créent des obstacles mécaniques souvent sans pyrexie. »

Le début dans ce cas est le plus souvent progressif ; il semble que les accidents d'occlusion augmentent d'intensité à mesure que les adhérences (leur cause) se resserrent et étranglent la

lumière de l'intestin ; les matières sont arrêtées les premières, les gaz passent encore, puis tout cesse.

D'après Rayner, le malade ne fait pas de progrès satisfaisants réels dans les premiers jours après l'opération bien qu'il n'y ait rien pour créer quelque anxiété. La distension abdominale augmente peu à peu, les purgatifs ne produisent aucun résultat et augmentent le malaise du patient. Les lavements ne sont pas suivis d'émission de gaz satisfaisante. Les vomissements cessent d'ordinaire après que la nausée anesthésique est terminée, mais recommencent le cinquième ou sixième jour, peu importants et peu fréquents au début. Vers le septième ou huitième jour, l'évidence d'une occlusion intestinale s'accroît et le tableau devient évident ; le facies du patient s'altère notablement, le pouls devient un peu accéléré, moins frappé ; les vomissements, d'abord bilieux, deviennent intestinaux (*sic*), puis fécaloïdes ; la distension abdominale devient marquée et sur la peau des malades peu gras on voit se dessiner les anses distendues. Des douleurs par paroxysmes et la sensation de vents, de gargouillements sans issue dans la cavité abdominale troublent le patient. Le lavement revient « clair ».

A ce propos, Lenormant insiste fort sur la valeur de ce signe : contractions péristaltiques, mouvements intestinaux rythmés, visibles et tangibles surtout au début, signe évident d'un obstacle en aval.

Tel est le tableau clinique habituel de cet iléus postopératoire secondaire ; on le voit, les symptômes n'en sont pas ici masqués par ceux de la péritonite comme pour les occlusions primitives, le tableau est classique ; nous nous en rendons compte en lisant ces quelques lignes de l'observation de Stultz : « Suites opératoires normales, mais le 13 février, douzième jour après l'appendicectomie, surviennent des douleurs abdominales, tout à fait différentes des premières (celles de la crise d'appendicite), ce sont des crises douloureuses, répétées, localisées principalement dans la région péri-ombilicale. La malade va encore à la selle le 14 février, mais le soir du 15 février les coliques deviennent plus fréquentes, les gaz

ne passent plus, le ventre se ballonne. Dans la nuit, la malade commence à vomir, les vomissements sont porracés, ils deviennent fécaloïdes ensuite. Le 16 février, au matin, l'image de l'occlusion est complète. On voit des contractions d'anses intestinales se dessiner sous la paroi. Il y un obstacle sur le grêle..... »

De fait, à l'opération, on trouve dans la suite une occlusion intestinale due à l'adhérence d'une anse iléale au cæcum, au niveau du moignon appendiculaire.

On le voit, l'occlusion postopératoire précoce secondaire existe bien réellement; retenons ce fait que dans 73 p. 100 des cas elle apparaît du sixième au quinzième jour après l'opération, avec maximum de fréquence au neuvième jour.

II. — Occlusions postopératoires tardives.

Tardives, avons-nous dit, sont les occlusions postopératoires survenant plus d'un mois après l'appendicectomie, alors que la convalescence est terminée et que le patient a repris sa vie normale. Le malade se croit définitivement guéri, d'autant plus tranquille qu'il a été opéré, et voilà qu'un jour d'atroces douleurs abdominales viennent lui rappeler que son péritoine a été autrefois enflammé.

Tardive, l'occlusion postopératoire peut évoluer également suivant le mode aigu ou chronique. Nous allons le voir.

A. — Occlusions tardives aiguës.

C'est le mode de début le plus habituel.

Enfant, 10 ans. Opéré d'appendicite le 23 juillet 1898. Le dimanche soir, 19 février 1899, l'enfant a été pris de coliques violentes par crises, vomissements alimentaires, bilieux, puis fécaloïdes; constipation absolue depuis lors, pas de gaz par l'anus. Peu de fièvre, 38 degrés. Amené à Trousseau le 23 février: Contractions intestinales violentes. L'enfant a été traité par des purgatifs salins, des lavements, sans résultat (Broca).

Ou cette autre observation du même auteur :

Docteur en médecine, 31 ans. Opéré d'appendicite il y a quatorze ans. Pris de douleurs atroces à l'ombilic, le 7 juillet 1900, dans la rue. Est terrassé. Le lendemain, vomissements. Arrêt matières et gaz.

Ou cette autre de Vuilliet :

La malade se rétablit parfaitement et pendant sept mois environ se porte bien. A la fin de novembre, le 29, elle mange des noix à l'excès et a une indigestion (vomissements, douleurs très vives dans l'abdomen, plus de selles ni de gaz); elle s'administre force purgatifs qui restent sans effet; l'état s'aggrave et nous la voyons le 2 décembre au soir; la langue est un peu sèche, le pouls à 110, bon; les douleurs arrivent par crises, l'abdomen devient, à ces moments-là, douloureux, tendu à droite, dans la fosse iliaque. La crise passée, le ventre est à peu près normal, souple. Pendant la crise, on voit et on sent très nettement une anse dilatée, tendue, qui traverse obliquement la moitié droite de l'abdomen s'enfonçant dans la fosse iliaque. On peut la palper encore, mais beaucoup moins nette une fois la crise passée; la douleur siège très exactement un peu en dedans du cæcum. Le reste de l'abdomen est normal, parfaitement dépressible. Les gargouillements intestinaux sont très violents par moments.

On le voit, ici, le début est toujours bruyant et soudain, prenant le malade au dépourvu, en pleine santé, et ce qui le caractérise avant tout, c'est le symptôme douleur; c'est elle qui attire l'attention du malade. Violente et atroce dans la plupart des cas, elle est souvent localisée au début dans la fosse iliaque droite, car c'est là presque toujours que se trouve le siège de l'étranglement; mais, comme nous le voyons dans nos observations, il peut être reporté ailleurs, par exemple à l'ombilic, quand la bride, l'épiploon, produisent l'occlusion en dehors de la fosse iliaque droite. Mais elle se généralise rapidement tout en conservant son maximum d'acuité au point

initial; quelquefois cependant, elle est d'emblée étendue à tout l'abdomen, surtout quand l'iléus est multiple, le fait d'adhérences généralisées. Ordinairement, au lieu d'avoir une acuité continue, elle présente des paroxysmes : coliques de miserere.

C'est surtout l'arrêt complet des matières et des gaz qui est le principal signe; il est total en effet dans cette occlusion aiguë, l'évacuation très précoce et souvent minime du bout inférieur devant être mise à part.

En un mot, c'est le tableau de l'occlusion intestinale banale, car chez aucun de nos malades nous n'avons relevé de caractères particuliers de cette obstruction tenant à sa cause spéciale.

Les lavements, les purgatifs sont administrés sans résultat; des vomissements apparaissent, d'abord alimentaires, puis bilieux, qui prennent rapidement le caractère fécaloïde. Le ventre, d'abord rétracté, va se météoriser; la paroi devient flasque et on voit se dessiner le péristaltisme violent des anses intestinale luttant contre l'obstacle à intervalles plus ou moins éloignés.

L'état général s'aggrave, le facies s'altère pour prendre le type péritonéal : yeux excavés, nez pincé, langue sèche; puis sueurs froides et visqueuses; le malade exprime l'angoisse et se tord dans son lit ou se tient plié en deux.

La palpation de l'abdomen est douloureuse; sa percussion peut déceler de la submatité dans les flancs, par suite de l'épanchement séro-hématique de Gangolphe résultant de la transsudation par gêne circulatoire des parois intestinales étranglées; partout ailleurs, sauf peut-être dans la fosse iliaque droite, existe une sonorité exagérée, véritable tympanisme.

Le pouls devient petit et fréquent, sans que le plus souvent la température s'élève notamment au-dessus de la normale; parfois même on note de l'hypothermie. Et le malade va s'amointrissant, le hoquet s'installe, la voix se casse; l'état général s'aggrave d'heure en heure. C'est la mort imminente que seule l'intervention précoce du chirurgien pourra écarter pour un temps.

B. — Occlusions tardives à début progressif.

Moins fréquente que la précédente, elle existe cependant, comme en témoignent ces observations :

Durant trois ans (après appendicectomie), tout alla à merveille, mais dans la suite quelques crises douloureuses de temps en temps. Puis un beau jour, occlusion intestinale aiguë (Obs. XXII).

Quinze mois auparavant on lui a enlevé l'appendice. Durant six mois, tout alla bien, puis elle commença à souffrir du côté droit, avec des gargouillements que pouvaient entendre ceux qui étaient dans sa chambre; soulagée par l'émission de gaz. Constipation. Appétit diminué, amaigrissement, puis il fallut l'opérer à la fin (Obs. XXIII) (Morrison).

De tels faits montrent bien par quelles étapes les lésions passent pour aboutir à l'occlusion.

Dans une première phase aiguë, la crise appendiculaire éclate brusquement, franchement; elle coexiste avec une réaction péritonéale; on opère et on draine.

Dans une seconde phase, silencieuse, le malade reprend ses occupations, son alimentation; mais il existe des troubles dyspeptiques, nausées, vomissements, constipation opiniâtre, douleurs abdominales; véritables crises éclatant de temps en temps et donnant les symptômes de petit iléus passager.

Bientôt, c'est un tableau d'obstruction chronique, partielle et de toxémie; la malade continue à souffrir, rappelant le tableau du « balafré de Châtel-Guyon ». Pendant ce temps, les néo-membranes s'organisent, se resserrent, subissent la dégénérescence scléro-cicatricielle, de sorte qu'à la réintervention pour occlusion, on est obligé de « faire une véritable dissection aux ciseaux ».

« Les douleurs, parfois localisées à la fosse iliaque droite, siègent souvent à distance, avec irradiations vers le duodénum ou le pylore, ce qui a permis à Martin d'écrire cette boutade : « Le siège le plus fréquent des ulcères duodénaux, c'est » l'iléon. » La constipation, symptôme capital, souvent très

intense, est accompagnée dans cette forme plus que dans toute autre de phénomènes d'auto-intoxication : haleine fétide, nausées, parfois vomissements, céphalées, neurasthénie, teinte brunâtre de la peau, amaigrissement.

» De temps à autre surviennent des crises plus marquées d'obstruction intestinale; le ventre se ballonne, devient douloureux, la constipation devient opiniâtre, les vomissements, avec parfois de petites hématomèses, surviennent; puis tout se termine, en deux ou trois jours, par une émission abondante de gaz et de matières. » (Foucault).

Enfin, troisième phase, un beau jour, cette occlusion partielle devient une occlusion totale avec tous ses symptômes classiques et il faut opérer pour lever la cause de l'iléus qui, dans ce cas, est presque toujours un magma d'adhérences. « L'évolution, dit Lenormant, est souvent moins rapide dans ces occlusions par coudure que dans les occlusions par brides; l'arrêt de la circulation intestinale peut être incomplet au début et on observe alors une succession de crises de gravité croissante. »

CHAPITRE V

Diagnostic et pronostic.

Un diagnostic d'occlusion intestinale précoce, suivi d'une intervention rapide, voilà les meilleures chances de guérison pour le malade. Voyons donc sur quoi nous nous baserons pour établir ce diagnostic.

Avant tout, règle générale, se méfier toujours de l'iléus chez un ancien opéré d'appendicite, avoir toujours cette complication présente à l'esprit; découvrant le malade, que la cicatrice nous guide vers cette éventualité : l'iléus peut être en cause; de même qu'il faut s'en méfier chez tous les anciens laparotomisés, que ce soit pour affections annexielles, utérines, gastro-intestinales, voire même après césarienne (Thèse Pierre, Bordeaux, 1919).

Comme nous l'avons vu dans un précédent chapitre, le siège de cette occlusion après appendicectomie est presque toujours situé sur l'iléon terminal, très rarement sur le cæcum (Obs. XXIII).

Or, le diagnostic de ces occlusions par coudure iléale se pose dans deux conditions bien différentes : ou bien l'occlusion est le seul symptôme et il faut en rechercher le siège et la cause; ou bien l'occlusion est masquée par d'autres symptômes, notamment par ceux de péritonite concomitante.

Dans le premier cas, c'est le diagnostic habituel de toute occlusion qui se pose; nous ne ferons que rappeler les grandes lignes du diagnostic; c'est avant tout les syndromes douloureux et soudains abdominaux : colique néphrétique, colique hépatique, colique saturnine; leurs symptômes capitaux sont suffisamment connus pour qu'il soit inutile d'insister; siège différent

de la douleur, irradiations caractéristiques, antécédents du malade, recherche de l'ictère, de l'hématurie, liseré de Burton, évolutions différentes.

Le diagnostic avec la torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire, reconnu par la palpation de l'abdomen, avec la rupture d'une trompe gravide, décelée par l'anomalie des règles; avec la pancréatite aiguë par la douleur cœliaque atroce, l'altération rapide et profonde de l'état général, les résultats de la palpation de l'abdomen, ne nous arrêterons pas plus longtemps.

« Rarement, l'occlusion intestinale est assez soudaine, dit Harrigan, pour que l'on pense à une hémorragie interne, bien que parfois l'étranglement aigu d'une anse intestinale puisse causer un shock et une syncope si sévère qu'il faille penser au diagnostic d'hémorragie interne. Chez une femme qui avait été opérée par un collègue pour appendicite chronique et salpingite, l'étranglement fut si soudain qu'un shock sévère se produisit du coup et que le collapsus rapidement survint. Ces symptômes traditionnels de l'hémorragie interne étaient clairement simulés. Cependant, à l'opération, je ne trouvai pas de traces d'hémorragie. Une anse iléale était étranglée sous une bande de péritonite pelvienne. »

Ajoutons à cela que parfois l'étiologie peut être la même; un choc violent sur l'abdomen ou un brutal changement de position peut aussi bien produire une rupture artérielle qu'un volvulus par basculement d'une anse au-dessus d'une bride épiploïque. Cependant, d'ordinaire, pas de contractions péristaltiques violentes dans l'hémorragie, pas d'arrêt du transit intestinal.

Il reste encore à éliminer les perforations du tube digestif. Ici, la douleur déchirante du début a un signe net, dans l'étage sus-mésocolique le ventre est contracturé, ventre de bois avec hyperesthésie cutanée, matité dans les flancs, diminution de la matité hépatique, douleur au cul-de-sac de Douglas. La fièvre est élevée, le pouls rapide, l'état général rapidement mauvais, la constipation non absolue. Les antécédents permettent enfin d'aiguiller le diagnostic.

Quand on a éliminé ces causes, quand on a exploré les orifices herniaires et pratiqué un toucher rectal, quand enfin on a la cicatrice devant les yeux, on peut établir la réalité de l'occlusion aiguë.

Dans les cas où l'occlusion postopératoire est primitive, se produit aussitôt l'appendicectomie; elle voit souvent ses symptômes masqués par ceux de péritonite ou de shock opératoire; elle est alors d'un diagnostic délicat, nous y avons insisté précédemment.

De plus, à ce moment, deux diagnostics différentiels s'imposent : l'iléus paralytique et l'occlusion haute duodénale sous-valérienne *id est*, la dilatation aiguë de l'estomac postopératoire.

« Les iléus paralytiques sont les pseudo-étranglements que Duchaussay signalait dès 1860, que Denucé et Thibierge ont ensuite étudiés. Leur cause, de beaucoup la plus fréquente, est l'inflammation aiguë du péritoine. Toute péritonite aiguë, quelles que soient son origine, sa formule bactériologique et son extension anatomique, provoque la paralysie intestinale suivant la loi de Stokes et le syndrome iléus s'ajoute à la symptomatologie propre de la péritonite. » (P. Duval).

« L'iléus paralytique, dit à son tour Mathieu, survient en période aiguë de l'appendicite opérée ou non opérée. Le ventre se ballonne, il existe un certain degré de défense de la paroi, les anses ne se contractent pas visiblement, les coliques manquent, la douleur abdominale est fixe, généralisée ou locale et constante.

« L'iléus mécanique donne lieu à des crises douloureuses (coliques), à du péristaltisme intestinal au moins par intermittence et le dessin d'une anse sous la paroi qui est restée souple nous paraît le signe capital actionnant le diagnostic d'obstacle mécanique indiscutable. »

De plus, dans l'iléus paralytique, l'arrêt des matières et des gaz est moins absolu, les malades rendent quelques gaz. Les vomissements ne sont pas fécaloïdes, mais porracés et moins abondants. Enfin, la fièvre se maintient, la péritonite n'étant pas éteinte.

Tels sont les gros points différentiels de ces deux modes d'iléus; mais il ne faut pas oublier que souvent ces deux modes peuvent s'associer pour produire l'occlusion, cela surtout dans les quarante-huit heures suivant l'opération à chaud, alors que la péritonite appendiculaire, si légère soit-elle, n'est pas éteinte; la présence d'un étranglement ou d'une coudure qui, en circonstances normales, serait insuffisante à produire l'occlusion peut, dans le cas d'un intestin paralysé, sans force péristaltique, être capable de provoquer une occlusion aiguë.

Certains ont préconisé les lavements électriques; d'autres, les Américains, administrent la pituitrine avec bons résultats dans le cas d'iléus dynamique; si bonne réussite, le diagnostic différentiel est fait; mais dans le cas d'un diagnostic douteux, mieux vaut la laparotomie précoce; elle est en tout cas préférable à une tergiversation mortelle ou à l'administration de cathartiques qui ont des résultats déplorables.

Il est une autre complication postopératoire de l'appendicectomie, peu fréquente il est vrai, qui peut parfois induire en erreur un chirurgien même très averti: c'est la dilatation de l'estomac, l'occlusion haute duodénale sous vatricienne; la preuve en est ces deux observations de Peraire dont il fait des occlusions typiques postopératoires. Premier cas: « Se produisit au dixième jour d'une intervention, au moment où la malade allait sortir de la maison de santé; les symptômes furent assez alarmants pendant quarante-huit heures, malgré tout ce qu'on a coutume de faire en pareil cas. Ces symptômes cessèrent brusquement et complètement en mettant la malade en position ventrale. Deuxième cas: Calqué absolument sur le premier, j'ai pu faire cesser les accidents après trois lavages d'estomac à l'eau de Vichy. »

Ici, quoi de plus net! C'est bien dans ces deux cas une dilatation aiguë de l'estomac: mécanique dans la première observation, paralytique dans la seconde; la cessation des accidents par la thérapeutique adéquate vérifie le diagnostic: d'un côté, position ventrale ouvrant l'angle aortico-mésentérique et permettant au contenu stomacal de filer dans le duodéno-jéjunum;

de l'autre côté, lavage répété de l'estomac qui le débarrasse des toxines paralysant le muscle gastrique et l'empêchant de forcer le sphincter pylorique et la coudure duodénale résultant de sa dilatation.

De plus, dernièrement, en mars 1925, dans le *Bulletin de la Société de chirurgie*, nous relevons une observation du docteur Gelas d'Annemasse intitulée : « **Occlusion duodénale par bride épiploïque consécutive à une appendicectomie.** Les suites opératoires furent simples ; mais dix jours après l'intervention, la malade eut un vomissement abondant, liquide, sans signe de péritonite. Le 22 octobre, nouveau vomissement très abondant, trois quarts de litre, précédé d'un état presque syncopal.

» Le 24 octobre, on peut constater avant le vomissement une voussure de l'épigastre avec gros clapotage gastrique.

» Des lavages d'estomac faits les jours suivants montrent une abondante rétention gastrique. Si l'on a soin de faire placer la malade en position ventrale après le repas, les vomissements sont moins abondants et moins fréquents. On fait le diagnostic d'occlusion probable du duodénum... diagnostic confirmé par la radio... Le 7 novembre (vingt-huit jours après l'appendicectomie), laparotomie sous ombilicale médiane. Épiploon tendu, fixé au péritoine pariétal dans la région sous-ombilicale droite. Cette large bride épiploïque fait un sillon sur le côlon transverse. On la sectionne ; on peut alors examiner l'estomac qui est très dilaté et le duodénum qui est très volumineux et dont la portion transversale est du calibre du côlon. On examine alors le mésentère : il est épaissi et induré et paraît être le siège d'une mésentérite inflammatoire. Suites très simples ».

Avec le docteur A. Basset, qui discute cette observation, nous concluons que nous nous trouvons là en présence d'une dilatation aiguë de l'estomac d'un type particulier, par mécanisme artério-mésentérique, et non en présence d'un véritable iléus postopératoire.

La bride n'était pas l'agent de compression duodénale ; elle aboutissait en haut, non pas au duodénum, mais au côlon transverse. Elle ne pouvait donc, semble-t-il, agir sur le duodénum

pour le comprimer que grâce à la traction qu'elle exerçait sur le côlon et le mésocôlon transverse.

« Peut-être pourrait-on invoquer ici le rôle de la *colica media* tendue dans le mésocôlon abaissé. Nous savons en effet, et en particulier depuis les travaux de MM. Grégoire et P. Duval, que dans les sténoses chroniques sous-vatériennes du duodénum, c'est parfois cette artère qui est l'agent de compression de l'intestin.

» M. Gelas nous dit encore que la position ventrale soulageait beaucoup la malade et que grâce à elle les vomissements devenaient moins abondants et moins fréquents. L'action favorable de ce traitement de posture n'est pas très compréhensible si la bride épiploïque est réellement l'agent de la compression du duodénum. « (A. Basset).

Alors, pourquoi le titre ? Nous le redisons : jusqu'à nouvel ordre, ces iléus mécaniques postopératoires qui apparaissent après appendicectomie siègent toujours dans la région iléo-cæcale ; nos 60 observations en sont la preuve, confirmées qu'elles sont par la laparotomie.

Reste à savoir le siège et la cause.

Nous avons dit que l'occlusion siégeait presque toujours au niveau de l'iléon ; l'occlusion de siège iléo cæcal se reconnaîtra physiquement au météorisme ombilical et péri-ombilical avec péristaltisme, à la douleur maxima provoquée dans la fosse iliaque droite, à la perception parfois d'une anse dilatée à ce niveau, à la précocité de l'atteinte de l'état général et des signes d'intoxication stercorimiques. Mais tous ces signes s'estompent à mesure que la maladie évolue et n'ont de valeur réelle qu'au début.

On pourra dans ces cas les distinguer :

Des occlusions hautes sous-vatériennes, avec leurs douleurs à siège élevé, leurs vomissements incessants, la distension épigastrique considérable, les résultats du lavage d'estomac, nous venons de le voir ;

Des occlusions basses du gros intestin avec la dilatation en cadre (ventre de batracien), les vomissements tardifs et rares,

l'indicanturie, parfois les résultats de la palpation et du toucher.

La radio peut être utile dans les cas subaigus.

Quant au diagnostic de cause, basons-nous sur l'expérience ; voyons nos observations.

Sur 60 observations :

32 occlusions précoces :

2 par abcès ;

2 par mauvaise reposition d'intestin ;

28 par adhérences.

28 occlusions tardives :

Toutes par brides, avec en plus 2 par volvulus complet ;

2 par torsion d'anse (mais la bride en est la cause).

Cette statistique confirme l'opinion de Rayner : « A côté des cas d'occlusions survenant au cours de crises, il convient de faire place aux occlusions intestinales survenant plus ou moins longtemps après une appendicectomie avec cette distinction que les occlusions tardives sont le plus souvent dues à une occlusion par brides, tandis que les occlusions précoces sont généralement dues à des adhérences. »

Un abcès est-il la cause ? Voyons ce que dit Dupont : « Il est évident qu'une élévation progressive de la température fera penser à un abcès et que c'est de ce côté que l'on devra s'orienter si ce symptôme important existe en même temps que l'occlusion. Mais la température peut manquer et l'abcès exister ; dans ce cas, la douleur peut aider au diagnostic. »

» Toute suppuration aiguë s'accompagne de douleur vive et lorsque cette douleur persiste en dehors de crises, elle doit nous faire penser à l'existence d'un abcès.

» Si la palpation du ventre en dehors des crises nous fait trouver en une même région un point douloureux, si ce point

siège toujours au même endroit au cours de plusieurs examens, il y a beaucoup de raisons de croire qu'un abcès se forme à ce niveau. »

D'un autre côté, l'évolution est souvent moins rapide dans les occlusions par coudures (adhérences) que dans les occlusions par brides (surtout si volvulus) ; l'arrêt de la circulation intestinale peut être incomplet au début ; les gaz passent encore alors que les matières ne passent plus ; on assiste à un crescendo des crises jusqu'à l'occlusion vraie. Un iléus par bride, à plus forte raison si volvulus, n'a pas de prodromes ; il est brutal et ne pardonne pas.

Tel est le diagnostic de cause ; si parfois on hésite, l'intervention lèvera tous les doutes.

Pronostic.

« Les occlusions par brides sont toujours les plus graves ; les accidents évoluent d'une façon aiguë et la gangrène de l'intestin étranglé est fréquente (8 sur 18) et précoce, elle survient au bout de dix-sept heures dans 1 cas. Le danger est encore augmenté par ce fait que les brides peuvent être multiples et qu'on risque par conséquent de ne pas les reconnaître tout en opérant ».

Voilà ce qu'écrivait Lenormant en 1911. La question était encore obscure, le diagnostic imprécis, on hésitait à opérer ; depuis, on a appris à connaître cette complication ; le diagnostic en est d'autant plus facile, avons-nous dit, que l'appendicectomie est plus ancienne ; on opère d'une façon précoce et Savariaud, en 1924, peut écrire : « D'une manière générale, le pronostic est d'autant meilleur que la complication est plus éloignée du début de la crise et qu'il s'agit d'une simple bride. C'est le triomphe de la laparotomie précoce. »

Lorsque l'occlusion survient au cours de la crise et qu'elle est due à des agglutinations au niveau de foyers suppurés, le pronostic est très grave.

Voici quelques statistiques :

RÜGE, 1911, occlusions *précoces* après appendicite.

	Cas.	Guéris.	Morts.
	—	—	—
Occlusions par adhérences étendues.....	4	1	3
Occlusions par brides.....	10	7	3
Occlusions par nappe d'adhérences.....	2	1	1
Occlusions par tumeur.....	1	1	0
Occlusions par sténose iléo-cæcale.....	1	1	0

Soit en bloc : 18 cas, 11 guérisons et 7 morts.

On le voit ici, c'est lorsqu'il y a des adhérences étendues que la mortalité est la plus forte, 75 p. 100, alors que dans le cas de brides on ne note que 3 morts sur 10.

Done, pronostic plus grave, lorsque l'occlusion est précoce, surtout si elle est due à des adhérences étendues. Ceci tient sans doute à la difficulté opératoire ; il est plus facile et plus court de sectionner une simple bride que de libérer de multiples adhérences ; de plus, le malade est souvent complètement rétabli et plus apte à subir une seconde intervention lorsqu'il s'agit d'occlusions par brides qui sont le plus souvent tardives.

Voici quelle est notre statistique ; sur 12 morts nous trouvons :

3 occlusions par brides de six à vingt mois ;

9 occlusions par adhérences dans les vingt jours.

Quoi de plus probant ? Redouter donc ces occlusions précoces par adhérences.

Mortalité opératoire. — Cette complication de l'appendicéctomie est loin d'être bénigne et la laparotomie secondaire présente une mortalité élevée.

Statistique de Körte (1911) : 44 cas, 21 morts ;

Statistique de Rotter (1911) : 22 cas, 11 morts ;

Statistique de Mc Williams (1919) : 18 cas, 14 morts ;

Statistique de Mc Will Loves (1919) : 17 cas, 10 morts.

Dupont, sur 19 cas, a eu 7 morts : « Il est vrai, ajoute-t-il, que dans ces occlusions, aussi bien que dans celles de Körte et Rotter, figurent d'assez nombreux cas d'occlusions précoces avec péritonite plus ou moins accentuée, d'où la mortalité si élevée, 50 p. 100 environ et même davantage. »

Cependant, des statistiques plus récentes sont un peu plus rassurantes.

Sur 3 cas qu'a opérés Rayner, il cite 3 guérisons, puis il donne la statistique de Mc Glennan qui, sur 16 occlusions post-opératoires après appendicectomie, a eu 9 morts.

Enfin, nous-même, relevant le pourcentage de notre statistique, nous trouvons 12 morts sur 60 cas, soit environ 20 p. 100.

On le voit par tous ces chiffres, c'est une complication très grave que l'occlusion après appendicectomie ; on compte de 20 à 50 p. 100 de mortalité. Cependant, il est à remarquer que ce chiffre va en décroissant, cela est dû sans aucun doute au diagnostic plus précis et plus rapide qui permet une thérapeutique plus précoce.

CHAPITRE VI

Traitement prophylactique.

Quelques causes opératoires de production d'adhérences.

En dehors de la péritonite appendiculaire créatrice d'adhérences, il existe d'autres causes capables d'irriter le péritoine et de favoriser par ce la production de ces néo-membranes, causes dues en majeure partie à certains détails de technique opératoire lors de l'appendicectomie.

La production artificielle et expérimentale des adhérences conduit elle-même tout droit à l'étude de leur prévention.

Il existe sans aucun doute une propriété particulière des cellules péritonéales qui favorise leur prolifération.

La tendance du péritoine à s'agglutiner apparaît comme une réaction à l'irritation physique ou chimique. C'est une manifestation première et caractéristique de toute cellule ; c'est un mécanisme défensif que cette prolifération.

La simple présence des doigts de l'opérateur peut à l'occasion être suffisante pour produire ces adhérences.

Mais, par contre, une opération prolongée avec brassage manuel et trituration de l'intestin ne peut occasionner aucun changement appréciable dans le péritoine.

Autre contraste : L'extension de l'infection apparaît négligeable.

Une appendicite gangreneuse associée avec une péritonite diffuse peut ne laisser aucune séquelle visible, alors qu'une appendicectomie à froid avec le moins possible de contact

péritonéal peut rapidement produire la prolifération des cellules séreuses et la formation d'adhérences.

Ceci est difficile à expliquer, mais c'est une constatation journalière. C'est un chapitre encore fermé que celui de la physiologie du péritoine.

Autre question importante, c'est celle des drains. On a largement discuté à ce sujet, surtout autrefois, où l'on drainait *largam manu*. Il est évident qu'un corps étranger laissé dans la cavité péritonéale doit inévitablement produire une irritation. Non seulement sa seule présence, mais aussi les mouvements respiratoires de la paroi abdominale et l'activité péristaltique de l'intestin accroissent les conséquences funestes du drain. « Ce point ayant été bien observé, dit Harrigan, a peut-être entraîné les chirurgiens à avoir une tendance moins marquée pour le drainage et à le réduire au minimum. Il y a quelques années, cette pratique devint presque dangereuse dans ses conséquences quand la coutume de fermer l'incision dans les appendicites aiguës, gangreneuses et suppurées, devint générale. » Avec drainage s'entend.

Telle est l'opinion d'Ombredanne qui, dans la séance du 23 juin 1920 à la Société de chirurgie, préconise la fermeture sans drainage de toute appendicite à chaud, suppurée ou non. L'abcès, le phlegmon de la paroi qui se développe souvent à la suite, est considéré plutôt par lui comme un bien; c'est une sorte d'abcès de fixation. D'ailleurs, la mortalité est moindre lorsque l'on ferme complètement que lorsque l'on draine; ses statistiques en font foi : 36 à 60 p. 100 de mortalité opératoire dans les opérations sans drainage : 30 p. 100 dans les appendicectomies avec drainage.

Ceci, bien entendu, seulement pour les interventions d'urgence avec péritonite et suppuration.

Guillaume, dans son livre : *Occlusions intestinales* (1922), est aussi de cet avis : « Les occlusions sont apparues, dans une très grande majorité des cas, à la suite d'opérations qui s'étaient accompagnées soit de drainage, soit surtout de tamponnement à la gaze, suivant le procédé de Mickulicz. »

Ce drainage aux mèches de gaze a été condamné, dès 1909, par Forber Hawkes, comme étant une des causes principales de production d'adhérences, comme il le montre dans deux observations où l'intestin était obstrué par adhérences à l'endroit exact où se trouvait la mèche. Certes, il semble encore plus irritant pour le péritoine que le simple drain-cigarette.

Quant à la méthode de Mickulicz, assez en honneur depuis quelques années, elle a un double rôle. Ce sac de gaze, bourré de mèches, sert à la fois à drainer, à empêcher l'hémorragie et à limiter l'infection dans la cavité péritonéale. Il y a quelques cas dans lesquels le drainage à la Mickulicz est indispensable : spécialement ceux dans lesquels la ligature du méso-appendice n'est pas sûre ou incertaine ou ceux dans lesquels une hémorragie en nappe est survenue durant la libération du vermis. A plus forte raison, nécessité absolue de cette méthode lorsqu'il y a gangrène associée ou perforation. Malgré sa propriété de stimuler les adhérences, la gaze tend ici à limiter l'infection dans la cavité abdominale et entre deux maux il faut choisir le moindre.

La méthode employée pour traiter le moignon, simple ligature ou enfouissement, ne semble pas être en cause.

Dans 2 observations de Huguier et Lanos, nous voyons des adhérences, cause d'occlusion, qui ont pris naissance sur un moignon non enfoui ; mais aussi combien sont nombreux les cas d'iléus, alors que l'enfouissement avait été des plus minutieux.

Nous ne voulons prendre parti pour aucune de ces méthodes, ce n'est pas la place ici et la question d'ailleurs n'est pas encore réglée. Cependant, dans les deux cas, on doit atteindre le degré d'asepsie le plus absolu. La plus petite projection septique étrangère favorise le développement de péritonite plastique adhésive. « Quand on se sert d'alcool ou d'éther pour stériliser le moignon, il faut bien faire attention à prévenir tout contact de ces liquides avec l'intestin », dit Harrigan.

De plus, il semble que l'éthérisation du péritoine pour assurer sa désinfection paraît extrêmement nocive, car irritant le péritoine, l'épiploon, le desquamant, elle favorise des soudures péri-

tonéo-épiploïques massives, mortelles parfois (Cf. Ch. Léo, Société des chirurgiens de Paris, 16 janvier 1925).

Une autre cause possible (hypothèse de Harrigan) de formation d'adhérences est peut-être dans le large usage de l'iode dans la stérilisation préalable du champ opératoire. On a prouvé expérimentalement que l'iode était un irritant péritonéal. L'intestin, surtout le petit intestin, ne devrait pas venir en contact avec la peau; il faut préserver avec des compresses abdominales, surtout trempées dans l'eau chaude, elles sont moins capables de produire des adhérences péritonéales.

Telles sont les différentes causes qui semblent capables de produire des adhérences au courant de l'appendicectomie; les connaissant, nous allons pouvoir déduire le traitement prophylactique.

Essai de prophylaxie :

a) Avant tout, le vrai traitement prophylactique, dit Ruge, consiste dans l'opération précoce de toutes les appendicites. Plus vite on opère, moins la péritonite est étendue, moins il y a de chance d'adhérences. « Ce fait n'est pas discutable, mais on sait quelles difficultés rencontre, en pratique, l'application systématique de cette méthode; le nombre des appendicites opérées dans les quarante-huit premières heures de la crise est minime et il est vraisemblable que les chirurgiens continueront longtemps encore à voir des occlusions d'origine appendiculaire. » (Lenormant). C'est aussi l'opinion de Bérard. « La meilleure prophylaxie des occlusions intestinales postappendiculaires est la résection précoce de l'appendice dans toute crise aiguë. Nous disons précoce, car il faut agir avant la production de la péritonite plastique qui a parfois occasionné des occlusions tardives même quand l'appendice avait été réséqué trop tardivement ou après plusieurs crises. »

b) Dès 1911, au Congrès de chirurgie, voici ce que disait Walther : « Je crois plus important d'insister sur la nécessité de ne point borner à l'ablation de l'appendice malade l'acte opératoire; mais dans tous les cas, faire une exploration large, méthodique de tous les organes du voisinage, du cæcum, du

côlon, de l'épiploon. C'est que là, en effet, il est fréquent de rencontrer toute une série de lésions dont la persistance semble pouvoir compromettre le résultat thérapeutique de l'intervention. »

Lardemois conseille, lorsque l'appendice est enlevé, de compléter l'exploration par un dévidement de l'intestin grêle dans ses 20 ou 30 derniers centimètres, pour y reconnaître les brides et les adhérences qui existent très souvent et sont susceptibles de provoquer des accidents d'occlusion secondaire. Mais il semble que cette manipulation de l'intestin soit intempestive et irrite plutôt la séreuse; peut-être vaut-il mieux se borner à soulever la paroi avec une valve, et à l'aide du photophore se contenter d'une simple inspection; l'œil d'un chirurgien averti reconnaît vite le bon ordre des circonvolutions intestinales, et la moindre striction, la moindre fixité des anses ne peuvent passer inaperçues.

c) Faire une péritonisation aussi exacte que possible de tous les viscères, éviter les surfaces cruentées qui ne demandent qu'à se souder. A ce propos, pour éviter la production d'adhérences iléales, on a préconisé une série de procédés: Mayo emploie la vaseline stérilisée, Taddéi fait de véritables autoplasties séreuses avec les membranes elles-mêmes; l'allemand Mayer préconise le pneumopéritoine à la fin de la laparotomie pour favoriser l'hyperhémie et le glissement de la séreuse. M. le professeur Duval fait des greffes épiploïques libres; M. le professeur Mauclore a tout récemment préconisé la greffe séreuse hétéroplastique de mouton ou d'amnios humain. En un mot, aseptie rigoureuse, hémostase parfaite et bonne péritonisation permettent avant tout d'éviter la formation d'adhérences.

« Il nous semble important de noter que les accidents d'occlusion débutent le plus souvent aux environs du neuvième jour, lequel correspond à la chute des escarres. Et ne faudrait-il pas incriminer soit une ligature de l'appendice trop près du cæcum, entraînant à la chute de l'escarre de cautérisation un petit pertuis sur le cæcum, soit une cautérisation insuffisante du moignon appendiculaire; il y aurait alors production de péritonite plas-

tique de défense avec formation d'adhérences et de brides pouvant par hasard entraîner une occlusion. »

Voilà ce qu'écrivaient Huguier et Lanos fin 1924 ; leur répondant peu après, Léo indique « un ensemble de petits moyens » qui lui ont permis d'éviter ces accidents de légère infection (petite ascension courbe thermique) capable d'engendrer des occlusions après appendicectomie à froid :

1° Absence totale de lavements et de purgatifs au cours des suites opératoires pour éviter les contractions cæcales importantes qui mettent à l'épreuve la ligature du moignon et la bourse pour ceux qui en font une. Administration systématique et automatique de sérum rectal, non seulement pendant les deux premiers jours, mais encore à la dose de 100 à 200 grammes par vingt-quatre heures jusqu'à l'obtention d'une selle ;

2° Le soin, à la fin de l'opération, d'éloigner l'épiploon et non pas d'en faire un couvercle protecteur comme le faisaient nos aînés ;

3° L'emploi, pour la ligature du moignon appendiculaire, d'un fil non résorbable : fil de lin, fil d'Écosse ou fil d'avion ;

4° L'emploi de l'admirable pince en cupule de Martel pour éviter la projection des liquides séreux projetés autour du moignon appendiculaire par la section de l'appendice au thermocautère, même après écrasement ;

5° La conservation de la pratique de la bourse pour l'enfouissement du moignon ; technique bien réglée : écrasement, fil de lin au ras et sous l'écraseur laissé en place ; ligature du moignon, remplacement de l'écraseur par le bouclier-cupule de Martel, sur lit de compresses, thermo pour sectionner la partie écrasée, mince comme une feuille de papier, et cautériser cette mince lamelle, enfouissement (dans la bourse préparée d'avance avec du catgut) du moignon extrêmement petit ;

6° Pas de compresses sèches qui desquament le péritoine et favorisent les adhérences ; pas d'éther encore plus nocif par le même effet de desquamation.

Voilà la technique à laquelle est arrivé Léo après vingt-trois

années de tâtonnement ; il la considère très bonne pour le moment.

A ses collègues qui critiquaient l'éloignement de l'épiploon du champ opératoire, acte anti-classique, il répond : « Une résection iléo-cæcale ou une laparotomie secondaire pour des malades qui pouvaient escompter simplement une petite cicatrice de très peu de centimètres au point de Mac Burney, c'est sacrifier durement au respect de l'enseignement officiel jamais dangereux. »

CHAPITRE VIII

Traitement curatif.

Un sujet opéré d'appendicite présente des phénomènes d'occlusion intestinale, l'iléus mécanique par adhérences post-opératoires est soupçonné. Que va-t-il falloir faire en cette occurrence ?

La question de l'opportunité de l'intervention chirurgicale ne se pose plus. Tout le monde est d'accord actuellement sur la nécessité impérieuse d'un acte opératoire.

Mais lequel ? Écoutons les avis de quelques chirurgiens distingués :

Lenormant, en 1911 : « L'intervention immédiate comme dans toute espèce d'occlusion, quelle qu'en soit la cause, est alors la seule chance de salut. Les résultats en seront d'autant meilleurs qu'elle sera faite plus tôt. L'entérostomie doit être formellement proscrite lorsqu'on a affaire à une occlusion mécanique par bride ou adhérences, précoce ou tardive. L'indication absolue est de lever l'obstacle, de sectionner la bride ou de libérer l'intestin adhérent et coudé. Cette libération peut-être très difficile dans les cas complexes où il y a un magma d'adhérences multiples; elle n'en est pas moins indispensable. La gangrène de l'intestin étranglé qui n'est pas rare nécessite, bien entendu, la résection. Dans les cas de ce genre, l'entérostomie ne peut trouver sa place que comme opération complémentaire destinée à assurer une évacuation rapide du contenu toxique de l'intestin après la levée de l'obstacle; on la fait alors sur le cæcum; elle a certainement contribué pour beaucoup au succès chez l'un de nos malades. »

Opinion de Stultz, 1924 : « Des diverses occlusions d'origine appendiculaire, les plus fréquentes sont celles qui sont dues à des brides diverses et dont le traitement est simple et les occlusions par adhérences massives qui, elles, offrent ces grandes difficultés dont je viens de parler. Les adhérences des anses grêles sont plus ou moins étendues, plus ou moins denses. La libération progressive complète de l'intestin n'est possible que si les adhérences sont assez lâches; mais avec une expérience suffisante de la chirurgie abdominale on arrive à pousser très loin cette libération dans les cas difficiles; ce n'est pas sans hémorragie en nappe, sans danger d'infection, car pouvons-nous affirmer qu'il n'existe pas une certaine septicité de ces foyers de péritonite plastique? Je crois que les réactions sérieuses que présentent les opérés traduisent en partie cette septicité.

Dans les cas d'adhérences étendues, pelviennes, denses, il est impossible et il serait en tout cas dangereux de pousser trop loin la libération. Une iléo-sigmoïdostomie, une entérostomie le plus bas possible sur le grêle peuvent alors s'imposer. On comprend que l'entérostomie, malgré ses inconvénients, ait pu être une nécessité. Ce n'est, en tout cas, qu'une opération d'attente qui nécessitera en cas de survie une cure radicale dans des conditions non toujours exemptes de complexité.

Quelles que soient ces incontestables difficultés de traitement, l'occlusion d'origine appendiculaire comporte une intervention chirurgicale rapide. En dehors de l'occlusion paralytique, contemporaine des accidents aigus dont le traitement se confond avec celui de l'appendicite, toute occlusion postappendiculaire nécessite, à notre avis, une laparotomie médiane parce qu'elle est une occlusion du grêle. Cette intervention, même pour une bride, n'est pas sans gravité si l'occlusion est un peu ancienne; mais elle est surtout dangereuse en cas d'occlusion par adhérences massives. Ces dangers sont connus, mais l'intervention constitue la seule chance de salut pour les malades. »

A treize ans de distance, voilà les avis de deux chirurgiens distingués; ils en arrivent au même résultat : Opérer toujours, malgré la mortalité élevée que comporte l'intervention, c'est le

seul traitement qui permette d'agir sur la cause qui a provoqué l'occlusion et d'assurer l'évacuation du contenu intestinal, mais encore il faut savoir choisir la meilleure technique opératoire, la plus adéquate à la forme d'occlusion et à l'état général du sujet; considérons deux cas.

1° Occlusions précoces avec adhérences inflammatoires aiguës et récentes.

Nous nous trouvons ici en présence d'un malade qui vient de subir une intervention, qui est encore shocké, dont l'état général est déficient par suite du non fonctionnement de son intestin que la stercorémie guette; il faut aller vite.

Avant tout, ouvrir le ventre largement par laparotomie médiane pour bien y voir : « La laparotomie médiane, dit Auvray, est la meilleure voie; c'est elle qui permet de se rendre le mieux compte de la disposition des adhérences, de leur étendue, de leur siège, qui est parfois très éloigné de l'angle iléo-cæcal; ces adhérences lointaines, à travers la brèche latérale, peuvent parfaitement passer inaperçues et, en tout cas, sont beaucoup plus difficiles à atteindre. »

Certes, certains chirurgiens, Broca, Oudard, Alglave, passant par la plaie d'appendicectomie, ont eu la chance de pouvoir libérer de suite l'occlusion; ils étaient tombés d'emblée sur la cause du délit et, se basant sur son succès, Alglave pouvait écrire : « L'occlusion s'est produite au niveau du foyer opératoire par une bride, il a suffi de repasser par la cicatrice opératoire et de lever cette bride pour avoir la guérison. Donc, laparotomie médiane non érigée en règle. Il y a certainement des faits disparates dans ces occlusions et je pense que, dans beaucoup de cas, on pourrait passer d'abord par la cicatrice opératoire pour examiner le segment iléo-cæcal de l'intestin et le pourtour du point où siégeait l'appendice et ne recourir à la ligne médiane que si, par ce premier examen, on le jugeait indispensable. »

Mais ces cas sont très rares; ce sont des cas heureux, de veine; la petite plaie d'appendicectomie ne donne pas assez de

jour pour libérer les adhérences massives; de plus, si l'appendicite était suppurée, on risque, en passant par l'incision infectée, de transporter l'infection plus loin dans la cavité péritonéale; le mieux est donc l'incision médiane sous-ombilicale qui permet une exposition généreuse, qui permet de détordre un volvulus facilement et par laquelle on repassera pour pratiquer une entéro-anastomose secondaire.

Faut-il libérer les adhérences? Mathieu le conseille : « Ces adhérences sont plus ou moins serrées, plus ou moins malaisées à libérer, mais je crois qu'on peut toujours y réussir; en procédant délicatement, on retrouve généralement les plans de clivage sans dépouillement de séreuse, ni hémorragie appréciable. »

Stultz, Lardennois, par contre, en sont moins partisans; la libération des adhérences molles, friables, est dangereuse, car on risque, au cours de ces manœuvres, de léser gravement la paroi intestinale ou de disséminer l'infection initiale dans la cavité péritonéale.

Si l'adhérence est simple, peu étendue, le mieux est de lever l'obstacle et de refermer après s'être bien assuré de l'intégrité de la paroi au point de striction. Si l'on se trouve en présence d'un magma d'adhérences exigeant des manœuvres périlleuses par elles-mêmes ou en raison de l'état grave du malade, comment va-t-on assurer l'évacuation du contenu intestinal : chose à faire avant tout autre?

Plusieurs méthodes s'offrent à l'esprit du chirurgien :

1° *L'entérotomie*. — La simple incision de l'intestin au bistouri, près de l'obstacle, après extériorisation de l'anse, est très dangereuse, car elle comporte trop de risques d'infection de la plaie opératoire et de la cavité péritonéale.

L'entérotomie au trocart comporte moins de risques peut-être, mais elle ne vide qu'incomplètement un intestin atone et n'ayant aucune tendance spontanée à évacuer son contenu. D'autre part, elle nécessite une suture soignée, portant sur des tissus relativement sains, une ponction à distance de l'obstacle. Donc, grands risques d'infection du péritoine.

2° Faire de suite une entéro-anastomose dans ces occlusions précoces ne semble pas logique; l'opération porte sur un segment intestinal distendu, atone, à paroi friable; elle expose à l'infection des sutures, à la déchirure des parois; elle permet la résorption massive des produits toxiques mis brusquement en circulation après établissement de l'anastomose. De plus, c'est une opération longue chez un malade affaibli. Pour avoir employé cette technique, nous voyons le docteur Oudard perdre un de ses opérés. « Il était dangereux, dit-il, de pratiquer une seconde intervention grave sous anesthésie générale chez un malade soumis à un jeûne postopératoire de huit jours et aussi de libérer par dérivation interne le contenu toxique du grêle accumulé depuis huit jours en amont de l'obstacle. »

3° Il eût mieux valu faire une simple entérostomie, un anus de Nélaton, conclut-il. C'est à un anus de Nélaton qu'il a eu recours dans un cas suivant, après s'être rendu compte par une exploration préalable qu'il s'agissait d'adhérences étendues, dangereuses à libérer.

« Dans de tels cas, ajoute-t-il, l'iléostomie me paraît la conduite la plus sage; l'obstacle siégeant près de la terminaison de l'iléon, l'anus peut et doit être établi sur l'anse la plus rapprochée du segment adhérent. Il n'encourt pas le reproche de la dénutrition. »

Donc, entérostomie (iléostomie ou cæcostomie), opération rapide, peu shockante, qui permet d'évacuer avec le minimum de risques le contenu toxique du grêle obturé, voilà l'opération logique; mais la faire le plus bas possible sur le grêle; il ne faut pas que l'opéré meure d'inanition.

Ayant paré au plus pressé, l'intoxication stercorémique, on peut attendre quelques jours que le malade reprenne un peu de forces : « Mais il ne faut pas oublier que l'entérostomie n'est, en tout cas, qu'une opération d'attente qui nécessitera, en cas de survie, une cure radicale dans des conditions non toujours exemptes de complexité. » (Stultz.)

Après avoir remonté le malade, il faudra, quelques jours après, pratiquer un deuxième temps.

Si les adhérences sont peu nombreuses, on les sectionnera en libérant l'intestin; les surfaces cruentées seront enfouies sous des sutures séro-séreuses.

Si les adhérences sont trop intimes, trop étendues, il faudra pratiquer une entéro-anastomose, de préférence iléo-colique, car l'iléo-sigmoïdienne, assez en vogue il y a quelque temps, a donné lieu à des méfaits, « colonisation » du grêle signalés par P. Duval.

L'Américain Harrigan préconise « l'iléo transcolostomie ». « Cela signifie, dit-il, l'union de l'iléon terminal au début du côlon transverse. L'indication opératoire est fournie par une obstruction insurmontable située sur l'iléon terminal, le cæcum ou le côlon ascendant. » Il fait souvent cette opération d'emblée, par laparotomie médiane, après avoir vidé le contenu toxique de l'intestin grêle par une ponction. Il a eu quelques succès (Obs. XLIII, XLVIII). Il reproche à l'iléostomie de favoriser l'infection, d'irriter la peau et de nécessiter toujours un second temps.

Quoi qu'il en soit, avec Oudard, Stultz, Auvray, Mathieu, Lardennois, Lenormant, et bien d'autres chirurgiens éminents, nous préférons une iléostomie préalable.

La dérivation externe ayant paré au plus grand danger, les malades, dûment prévenus de la possibilité d'accidents secondaires, pourront se remettre très vite entre les mains du chirurgien et subir une opération plus complexe (dérivation interne par anastomose), dans de bien meilleures conditions que primitivement et presque sans risques.

2° Occlusions tardives par bride ancienne.

Dans ces cas, opération d'un pronostic meilleur, car il s'agit d'un sujet surpris en pleine santé, plus résistant, à condition, bien entendu, que l'intervention soit rapide et qu'il n'y ait pas de sphacèle de l'anse avec ses conséquences funestes.

Toujours laparotomie médiane pour y voir clair et pour éviter les contre-incisions en Amérique, ils font ce qu'ils appellent des

incisions en canne de hockey) qui sont toujours plus ou moins regrettables.

Puis, suivant le conseil de Broca, plonger tout de suite la main dans la fosse iliaque droite; c'est là que neuf fois sur dix on trouvera la cause de l'étranglement : la bride.

Cette bride, suivant le conseil de Lejars, nous allons la sectionner entre deux ligatures; parfois il faudra l'exciser. « Je dis l'exciser, car on s'exposerait, en ne poursuivant pas les expansions péritonéales de la bride, à laisser persister des inflexions, des plissements de la paroi susceptibles de servir d'amorces à d'autres coudures. »

Faire bien attention que parfois les brides peuvent être multiples, comme cela est arrivé à Dupont (Obs. LI) où l'iléon était étranglé par trois brides.

Il faudra donc réséquer les brides, sectionner les adhérences et libérer l'iléon. « Le doigt suffit à décoller la bride et immédiatement cette anse et celles qui sont en amont se dégonflent; on voit la circulation intestinale se rétablir. » (Gayet, obs. L).

Doit-on ponctionner l'anse distendue pour assurer l'évacuation du contenu toxique. Cela dépend de l'état du malade; nous voyons Oudard le faire dans un cas : « trocart fixé à la Wetzel dans l'anse distendue » (Obs. XXIX). Donc, si tout est favorable, on peut se contenter de la libération de l'anse intestinale et l'associer ou non à une ponction de l'intestin au dessus de l'obstacle.

Cependant examiner l'endroit de striction, et si l'on a des craintes de plaques gangreneuses à cet endroit, les enfouir par un surjet séro-séreux circulaire.

Si on a des doutes sur la vitalité et la tonicité de l'intestin, on peut pratiquer l'entéro-anastomose; la meilleure, semble-t-il, est l'anastomose iléo-colique, c'est celle qu'a employée Gayet avec succès (Obs. LII). « Section du grêle au thermocautère à 15 centimètres de sa terminaison entre deux ligatures à la grosse soie. Enfouissement des deux moignons. Section du mésentère et ligature. Puis section du côlon ascendant à sa partie inférieure, au thermocautère, entre deux pinces de Kocher au-dessous des-

quelles on passe des anses en U au fil de lin. Enfouissement. Section du mésocôlon. Ligatures. Implantation latéro-latérale du grêle dans le côlon ascendant par deux plans au fil de lin, en évitant de laisser des culs-de-sac de part et d'autre. Fermeture de la paroi. »

Il semble, dans ce cas, que la résorption des produits toxiques contenus en amont de la striction soit peu à craindre. « Cette opération de court-circuit, dit Harrigan, peut, convenablement faite, éliminer le danger d'une absorption rapide des sévères toxines, pourvu que l'anastomose soit avec le côlon, car cette portion de l'intestin apparaît posséder des moyens inhérents de défense contre l'absorption bactérienne et toxique, fonction sans aucun doute acquise par hérédité. »

Nous avons vu que les Américains emploient ce qu'ils appellent « l'iléotranscolostomie » avec succès, disent-ils; enfin, ce n'est que dans les cas extrêmes qu'on emploiera « l'iléosigmoïdostomie », mais cette dernière opération, outre qu'elle supprime la presque totalité du gros intestin, a parfois de sérieux inconvénients.

L'entérectomie pourra être employée dans les cas où il y aura un sphacèle étendu d'une anse (volvulus partiel); Kôrte l'a fait dans un cas avec succès (Obs. XVIII); il résèque 33 centimètres d'intestin et rétablit la circulation par une anastomose termino-terminale.

Mais, l'entérectomie est une opération trop grave pour être tentée chez un sujet profondément shocké; c'est une opération que l'on aura rarement à pratiquer car l'état des tuniques intestinales n'impose pas, dans la très grande majorité des cas que nous avons envisagés, un traitement aussi radical.

Pour terminer, c'est encore à l'iléostomie, parfois à la cœcostomie, à l'anus de Nélaton, que l'on s'adressera si l'état du malade exige une intervention peu shockante, susceptible de vider rapidement le contenu toxique de l'intestin, après s'être assuré, grâce à la laparotomie médiane, qu'il n'y a pas de traces de sphacèle sur l'intestin.

CONCLUSIONS

I. — L'iléus mécanique après appendicectomie est une complication très peu fréquente de cette opération, mais elle existe cependant ; il faut la connaître ; son étude est à peu près établie depuis les travaux de la Société nationale de chirurgie (mars-avril 1924).

II. — Ses causes les plus fréquentes sont les adhérences, les brides, le volvulus et l'abcès. Elles sont dues le plus souvent à la péritonite appendiculaire, mais peuvent naître parfois de certaines manœuvres opératoires.

III. — Deux formes cliniques principales :

Les occlusions précoces qui sont très graves et dues le plus souvent à des adhérences,

Et les occlusions tardives par brides qui, par un traitement précoce, sont très susceptibles de guérir ;

Dans les cas aigus précoces, elle superpose ses symptômes à ceux de la péritonite concomitante ;

Dans les cas tardifs, l'iléus survient comme séquelle à une ancienne infection.

IV. — Un diagnostic précis et précoce s'impose ; de sa rapidité dépend la vie du sujet. Le diagnostic positif est généralement facile dans les cas tardifs, mais dans les cas précoces, il peut simuler l'iléus paralytique ou la dilatation aiguë de l'estomac.

V. — La mortalité opératoire est élevée, très élevée même, 60 p. 100 dans les cas précoces, mais le traitement chirurgical est la seule planche de salut pour le malade.

Dans les cas précoces graves, laparotomie médiane avec iléostomie d'attente; secondairement, cure radicale de l'anus et rétablissement de la circulation intestinale.

Dans les cas tardifs, résection des brides. On pratiquera l'entéro-anastomose en se basant sur l'état des tuniques intestinales. Si l'altération de l'état général est par trop élevée, iléostomie ou cœcostomie d'attente pour parer au plus pressé.

VI. — Le traitement prophylactique ne devra pas être perdu de vue.

Avant tout, opération précoce de toute appendicite, à chaud, avant péritonite étendue. Vérification de l'iléon; on devra supprimer les coudures en sectionnant les adhérences.

Être sobre de manipulations, ne pas exagérer la position de Trendelenburg (ou au moins ne pas la transformer brusquement en position horizontale), péritonisation minutieuse des surfaces cruentées, drainer le moins souvent possible, pas de lavements et de purgatifs dans les premiers jours suivant l'opération; pas d'éthérisation du péritoine.

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

G. CHAVANNAZ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 25 novembre 1925.

Pour le Recteur de l'Académie :

Le Doyen délégué,

C. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNÉ. — L'occlusion intestinale au cours de l'appendicite. Thèse Bordeaux, 1907-1908.
- AUVRAY. — Société nationale de chirurgie, 22 mars 1924.
- BEECKMANN. — *Americ. Journ. med. sciences*, 1917, vol. CLIV.
- BÉRARD et VIGNARD. — L'appendicite. Masson, 1914.
- BOLIARSKY. — *Journal de chirurgie*, 24 février 1912.
- BROCA. — Leçons cliniques, 1902.
- BURGESS. — *British med. Journal*, 24 février 1912.
- CAUZILLET. — Complications postopératoires de l'appendicite. Thèse Bordeaux, 1908.
- CHEEVER. — *Boston med. and surgic. Journal*, 15 mai 1913.
- COITIER. — L'avenir des appendiculaires. Thèse Paris, 1898-1899.
- COURRIERAS. — Adhérences péri-cæcales d'origine appendiculaire. Thèse Paris, 1908.
- DEAVER. — *Journal of Surgery*, juin 1909.
- DUPONT. — *Paris chirurgical*, 1921, p. 13.
- FLANDRIN. — Complications et séquelles de l'appendicectomie. Thèse Paris, 1922.
- FOLLIOU. — Occlusions intestinales vraies d'origine appendiculaire. Thèse Bordeaux, 1904-1905.
- FOUCAULT. — Occlusions intestinales et coutures iléales. Thèse Paris, 1924.
- GAYET. — Société de chirurgie de Lyon, 11 janvier 1912.
- GAUDIN. — Occlusions intestinales d'origine appendiculaire. Thèse Paris, 1913-1914.

- GORDON. — L'appendicite chez les enfants. Thèse Paris, 1896.
- GIBSON. — *Annals of Surgery*, 1916, p. 442.
- GROUEW. — Occlusion intestinale appendiculaire. Thèse Paris, 1906.
- GRANBOULAN. — De la résection à froid de l'appendice. Difficultés et accidents consécutifs. Thèse Paris, 1897-1898.
- GUILLAUME. — Les occlusions aiguës et subaiguës de l'intestin, 1922.
- HARRIGAN. — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, juin 1919.
- HAWKES. — Preventions for intestinal obstruction. *Annals of Surgery*, 1909, p. 192.
- HUGUIER et LANOS. — Société des chirurgiens de Paris, 19 décembre 1924.
- KOUIDJY. — Appendicectomie. Difficultés opératoires et accidents consécutifs. Thèse Paris, 1897-1898.
- LAMY. — Adhérences cœcales et péricœcales. Thèse Paris, 1907-1908.
- LAROYENNE. — *Lyon chirurgical*, 13 mars 1924.
- LEGUEU. — Occlusions intestinales postopératoires. *Gaz. des hôp.*, 1895, p. 136.
- LENORMANT. — Les occlusions intestinales d'origine appendiculaire. *Presse méd.*, 24 juin 1911.
- LÉO. — Société des chirurgiens de Paris, 16 janvier 1923.
- LORENZ. — *Presse méd.*, 5 juin 1907.
- MARION. — *Gaz. des hôpit.*, 24 novembre 1900.
- MATHIEU. — Société nat. chirurgie, 22 mars 1924.
- MC WILLIAMS. — *Annals of Surgery*, 1910.
- MICHOU. — Société de chirurgie de Lyon, 12 mars 1925.
- MORDRET. — *Archives médicales*, Angers, juillet 1902.
- MORRISSON. — *Edinburgh med. Journ.*, septembre 1911.
- OMBREDANNE. — Société nation. chirurgie, 26 juin 1920.
- ODARD. — Société nation. chirurgie, 14 juin 1924.
- PIERRE. — Occlusions postopératoires après césarienne. Thèse Bordeaux, 1918-1919.
- RAYNER. — Appendicite aiguë et occlusions. *Brit. med. Journal*, 27 mars 1924.
- ROUX-BERGER. — Société nat. chirurgie, 19 mars 1924.

RÜGE. — Darmverschluss bei und nach Perityphlitis. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1911, p. 711.

SAUVÉ. — Société nat. chirurgie, 19 mars 1924.

SAVARIAUD. — *Idem*, 5 avril 1924.

STULTZ. — *Idem*, 21 juin 1924.

VUILLIET. — *Semaine médicale*, 1906, n° 45.

WALTHER. — Congrès de chirurgie, 1911, p. 93.

